Die Arbeiterversicherung

in ihrem inneren Zusammenhang.

Von

Dr. iur. et rer. pol. Hans Sitzler.

Erlangen 1905.
Kgl. bayer. Hof- u. Univ.-Buchdruckerei von Junge & Sohn.

Die Arbeiterversicherung
in ihrem inneren Zusammenhang.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

hohen rechts- und staatswissenschaftlichen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zwecks

Bewerbung um die rechts- und staatswissenschaftliche Doktorwürde

vorgelegt von

Hans Sitzler

aus Münchberg.

Erlangen.

Kgl. bayer. Hof- u. Univ.-Buchdruckerei von Junge & Sohn.

1905.

Referent: Herr Professor Dr. Robert Piloty.

Benutzte Literatur.

Prof. Dr. R. Piloty's Gesamtausgabe der Arbeiterversicherungsgesetze.

Bd. I. Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899. 2. Aufl. München 1900.

Bd. II. Die Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900. 2. Aufl. München 1902.

Bd. III. Krankenversicherungsgesetz mit den Novellen vom 30. Juni 1900 und vom 25. Mai 1903, dem Abschnitt B des Gesetzes vom 5. Mai 1886 und dem Hilfskassengesetz. In 2. Auflage neubearbeitet von W. Redenbacher, kgl. b. Bezirksamtsassessor. Mit einer Einleitung: Das Recht der Arbeiterversicherung in kurzer Darstellung von Prof. Dr. R. Piloty. München 1904.

Dr. v. Landmann und v. Rasp, „Kommentar zum Invaliden- und Altersversicherungsgesetz." 2. Auflage von Dr. Graßmann. München 1901.

Prof. Dr. H. Rosin, „Das Recht der Arbeiterversicherung."

Bd. I. Die reichsrechtlichen Grundlagen der Arbeiterversicherung. Berlin 1890—93.

Bd. II. Das Recht der Invaliden- und Altersversicherung. Berlin 1905.

„Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts," abgekürzt A. N.

„Entscheidungen der Gerichte und Verwaltungsbehörden," herausgegeben von A. Reger. B verweist auf die „Beilage", enthaltend die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Die in Klammern stehenden Ziffern bezeichnen

die fortlaufenden Nummern der Entscheidungen des Reichsversicherungsamts in Invalidenversicherungssachen bezw. in Unfallversicherungssachen. — Die Nummern der Bände der Regerschen Entscheidungen entsprechen den Jahrgängen der „Amtlichen Nachrichten" in der Weise, daß Bd. XI der Regerschen Entscheidungen die im Jahrgang 1891 der A. N. veröffentlichten Entscheidungen, Bd. XII die im Jahrgang 1892 veröffentlichten Entscheidungen u. s. w. enthält.

Zeitschrift: „Die Arbeiterversorgung." Zentralorgan für das gesamte Kranken-, Unfall-, Invaliditäts- und Altersversicherungswesen im Deutschen Reiche. Begründet von J. Schmitz. Herausgegeben von Dr. jur. P. Honigmann. Berlin bei Siemenroth und Worms.

Inhaltsverzeichnis.

Teil III.

Beziehungen zwischen Unfallversicherung und Invalidenversicherung.

Schluß.

Einleitung.

§ 1.

Ziele und Wirkungen der bisherigen sozialpolitischen Gesetzgebung.

Seit Inkraftreten des ersten der sozialpolitischen Gesetze, des Krankenversicherungsgesetzes, dem ein Jahr später das Unfallversicherungsgesetz und wenige Jahre darauf das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz folgte, sind knapp zwei Jahrzehnte verstrichen und doch ist in diesem für die Wirksamkeit einer Gesetzesentwicklung verhältnismäßig kurzen Zeitraum auch nicht ein Gesetz in seiner ursprünglichen Fassung bestehen geblieben, vielmehr hat jedes derselben inzwischen sowohl bezüglich der materiellen wie der formellen Vorschriften Abänderungen erfahren. Es wird dies erklärlich, wenn man sich vergegenwärtigt, daß es bei Einführung dieser Gesetze an jedem Vorbilde sowohl im Inlande als auch im Auslande fehlte. Man mußte infolgedessen auf diesem Gebiete erst praktische Erfahrungen sammeln, aus deren Ergebnis alsdann die Folgerungen gezogen und entsprechend verwertet werden konnten. So verschieden auch nach Inhalt, Form und Zweck die einzelnen Gesetze der Arbeiterversicherung sein mögen, so mannigfaltige Organisationen man insbesondere zur Befriedigung der praktischen Bedürfnisse geschaffen hat, so ist doch die gesamte Arbeiterversicherungsgesetzgebung als ein einheitliches Ganzes, die Verwirklichung

des in der Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 ausgesprochenen sozialen Programms zu betrachten. Sie umfaßt alle diejenigen Vorschriften, welche die Hebung und Stärkung der wirtschaftlichen und sozialen Lage der minder begüterten Teile der Bevölkerung zum Gegenstande haben. Noch läßt sich der Segen der Arbeiterversicherung auf den vielen Gebieten, die sie berührt, nicht erschöpfend in Ziffern darstellen, noch sind großen Gruppen von Arbeitern ihre Wohltaten verschlossen und gerade die umfassendste Fürsorge, jene für die erwerbsunfähigen Arbeiter überhaupt, zeigt erst allmählich ihre weittragende Wirkung. Doch kann heute nicht mehr bestritten werden, daß das große Wagnis, Millionen von Arbeitern einer staatlichen Zwangsversicherung zu unterwerfen, ihnen und ihren Arbeitgebern lästige Pflichten und große Opfer aufzuerlegen, voll gelungen ist. Das deutsche Volk hat sozialpolitische Erfolge errungen, welchen kein anderes Volk ähnliche an die Seite zu stellen vermag. Diese Tatsache darf uns mit stolzer Genugtuung erfüllen, wenn wir auch erkennen, daß die mächtige Organisation Mängel wie jedes Menschenwerk zeigt. Die Aufgabe der Revisionen, die zu den sozialpolitischen Gesetzen ergangen sind, bestand unter anderem wesentlich darin, die Annäherung der verschiedenen Zweige der Arbeiterversicherung aneinander, das Ineinandergreifen der Fürsorge und der Organisation nach Möglichkeit zu fördern.

Vorliegende Arbeit will sich damit befassen, im ersten Abschnitt den inneren Zusammenhang der drei verschiedenen Arbeiterversicherungszweige, wie er sich hinsichtlich des Gegenstandes, des Inhalts, der Personen und des diese verbindenden Rechtsverhältnisses ergibt, zu beleuchten, im zweiten Abschnitt die rechtlichen Beziehungen, die infolge des inneren Zusammenhanges der drei Arbeiterversicherungszweige zwischen den Trägern derselben durch die betreffenden sozialpolitischen

Gesetze geregelt sind, unter Berücksichtigung der bisherigen Rechtsprechung zu erörtern.

Erster Abschnitt.

Innerer Zusammenhang der drei verschiedenen Arbeiterversicherungszweige.

Teil I.

Gegenstand der Arbeiterversicherung.

§ 2.

Allgemeines.

Die Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches umfaßt diejenigen durch die Arbeiterversicherungsgesetze geschaffenen Einrichtungen, durch welche die Lohnarbeiter und die ihnen in wirtschaftlicher und sozialer Beziehung nahestehenden Personen gegen die Verwirklichung der ihrer Arbeitskraft drohenden Gefahren materiell sichergestellt werden. Diese Sicherstellung erstreckt sich in gewissem Umfange auch auf die Familienangehörigen und Hinterbliebenen der Versicherten. Ausgehend von den Gründen der Fürsorge unterscheidet die sozialpolitische Gesetzgebung drei Arten der Arbeiterversicherung: die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Invaliditäts- und Altersversicherung. In allen diesen Versicherungsarten tritt im bewußten Gegensatze zu der früheren privatrechtlichen Gesetzgebung ein einheitliches juristisches Grundprinzip mit voller Klarheit hervor: das der öffentlichen Fürsorge.

Jede Fürsorge, welche nach dem gegenwärtigen Stande der sozialpolitischen Gesetzgebung auf Grund derselben gewährt wird, knüpft in irgendeiner Weise an einen bestimmten Vorgang oder Zustand im Körper eines Menschen an. Ein solcher Vorgang ist zunächst die völlige Vernichtung der

menschlichen Existenz: Der Tod. Neben diesem aber kommen auch gewisse Lebenserscheinungen in Betracht, welche wiederum sowohl pathologischer als physiologischer Natur sein können, d. h. eine Abweichung von der normalen Beschaffenheit des körperlichen Lebens darstellen oder der Regel desselben entsprechen. Pathologischer Natur sind die Krankheit und die eine bestimmte Form derselben darstellende Körperverletzung, eine physiologische Erscheinung ist das Alter; pathologisch sowohl als physiologisch kann die Körperschwäche (Invalidität) sein, d. h. derjenige körperliche oder geistige Zustand, welcher nach dem Invalidenversicherungsgesetz als die Ursache der Erwerbsunfähigkeit bezeichnet wird.

Alle sozialpolitische Fürsorge ist eine wirtschaftliche; sie ist dazu bestimmt, gewisse widrige Einflüsse auf die Wirtschaft eines Menschen auszugleichen.

Daher knüpft sie nicht unmittelbar an die vorerwähnten körperlichen Zustände oder Vorgänge an, sondern wesentlich vermittelt durch diejenigen Wirkungen, welche dieselben auf das Budget einer menschlichen Wirtschaft ausüben.

Jedes Budget setzt sich aber zusammen aus Einnahmen und Ausgaben; ein nachteiliger Einfluß auf dasselbe kann sich demnach entweder durch Erschließung einer Ausgabenquelle oder gänzliche bezw. teilweise Verstopfung einer Einnahmequelle äußern.

Hiernach sind die Folgen jener körperlichen Tatbestände, welche als Gründe der sozialpolitischen Fürsorge in Betracht kommen, entweder ausgabenerhöhende oder einnahmemindernde. Ausgabenerhöhend ist die beim Todesfall eintretende Notwendigkeit der Beerdigung und die als Folge pathologischer oder physiologischer Zustände sich ergebende Behandlung; einnahmemindernd wirkt der Verlust des Ernährers, welcher nicht allein als gänzlicher beim Tode desselben, sondern auch als vorübergehender bei seiner Unter-

bringung ins Krankenhaus in Betracht kommt, und in weitestem Umfange der Eintritt ganzer oder teilweiser Erwerbsunfähigkeit[1]).

A. Die körperlichen Vorgänge oder Zustände selbst.

§ 3.

Der Tod.

Der Tod oder Todesfall eines Menschen erscheint als Fürsorgegrund auf dem Gebiete der Krankenversicherung und der Unfallversicherung. Tod, durch Betriebsunfall herbeigeführt, ist Tötung.

Auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung begründet er rechtlich keinen Anspruch auf eine selbständige Fürsorge, sondern nur unter bestimmten Voraussetzungen auf Erstattung eines Teils der für den Verstorbenen entrichteten Beiträge.

Auf dem Gebiete der Unfallversicherung kommt der Tod stets als Tod aus bestimmter Ursache, als Tötung durch Betriebsunfall in Betracht.

Auf dem Gebiete der Krankenversicherung dagegen, welche hiernach in diesem Punkte über ihr eigentliches Gebiet hinausgeht, erscheint als Fürsorgegrund nicht bloß der durch vorausgegangene Krankheit verursachte Tod, sondern auch der Tod schlechthin, ohne daß der Ursache desselben eine rechtliche Bedeutung zukäme. Daher ist das krankengesetzliche Sterbegeld auch zu gewähren bei plötzlichem Todesfall ohne vorausgegangene Krankheit, sei es, daß derselbe lediglich durch Vorgänge im Innern des Körpers (wie bei Fällen von Herz- und Gehirnschlag) oder durch Einwirkung von außen (z. B. durch Mord, Todschlag oder Unfall, namentlich Betriebsunfall) verursacht ist.

[1]) H. Rosin, Das Recht der Arb.V., S. 268 ff.

§ 4.

Krankheit und andere pathologische oder physiologische Lebenserscheinungen.

I. Die Krankheit muß, um als Fürsorgegrund rechtlich in Betracht zu kommen, in der Notwendigkeit der Behandlung oder in einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit wahrnehmbar zutage treten.

II. Körperverletzung erscheint als Fürsorgegrund auf dem Gebiete der Unfallversicherung.

Ebenso wie die Krankheit allgemein, so hat auch die Körperverletzung als Fürsorgegrund nur Bedeutung, wenn sie in gewissen Folgen: Notwendigkeit der Behandlung oder Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zutage tritt.

Zu beachten ist hierbei, daß die Körperverletzung auf dem Gebiete der Unfallversicherung schon bei bloßer Minderung der Erwerbsfähigkeit, dagegen als Krankheit auf dem Gebiete der Krankenversicherung nur bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit Fürsorge begründet.

III. Stellen Krankheit und Körperverletzung die als Fürsorgegründe wirkenden pathologischen Lebenserscheinungen dar, so ist Alter eine physiologische, welche in der normalen Entwicklung des menschlichen Körpers und seiner Funktionen begründet ist. Das Alter bildet einen Fürsorgegrund auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung, und zwar unabhängig von Folgezuständen, namentlich von dem Nachweise beeinträchtigter Erwerbsfähigkeit. (§ 15 III. J.V.G.)

Das „Alter“ ist kraft Gesetzes ziffernmäßig bestimmt; es beginnt mit der Vollendung des 70. Lebensjahres (§ 15 III leg. cit.) oder mit dem 1. Tage des 71. Lebensjahres (§ 41 II. J.V.G.): mit dem sogen. 70. Geburtstage (der 70. Wiederkehr des Tages der Geburt).

IV. Sowohl pathologischer als physiologischer Natur kann die „Körperschwäche“ (Invalidität) sein, welche auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung als Fürsorgegrund erscheint. Sie ist derjenige „körperliche oder geistige Zustand“ infolgedessen ein Versicherter als dauernd erwerbsunfähig im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes erscheint. (§ 15 Abs. II mit § 5 Abs. IV daselbst.) Die Körperschwäche kann als Altersschwäche physiologischer Natur sein; sie kann sich aber auch als Krankheit darstellen und insbesondere als Äußerung einer Körperverletzung Folge eines Betriebsunfalls sein, woraus sich besondere Beziehungen der Invalidenversicherung zur Krankenversicherung und namentlich zur Unfallversicherung ergeben.

B. Die wirtschaftlichen Folgen körperlicher Erscheinungen.

a) Gründe der Ausgabenvermehrung.

§ 5.

Notwendigkeit der Beerdigung und Behandlung.

I. Nicht der Tod an sich ist es, welcher auf dem Gebiete der Unfall-, wie auch der Krankenversicherung die sozialpolitische Fürsorge wachruft, sondern die wirtschaftlichen Folgen desselben sind es, deren erste, die Notwendigkeit der Beerdigung sich als Quelle von Aufwendungen darstellt.

Für die Krankenversicherung unterliegt dies keinem Zweifel, da hier ausdrücklich der § 20 Abs. IV Satz 1 K.V.G. vorschreibt:

„Das Sterbegeld ist zunächst zur Deckung der Kosten des Begräbnisses bestimmt.“

Die gleiche Auffassung hat aber auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung zu gelten, für welche an Stelle der jetzt in § 15 Abs. 1 Ziff. G.U.V.G. vom 30. Juni 1900 gebrauchten Ausdrucksweise „als Sterbegeld“ das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 in § 6 Abs. 1 Ziff. 1 die beim Tode des Versicherten verfallende einmalige Zahlung „als Ersatz der Beerdigungskosten“ bezeichnet.

Hieraus ergibt sich der allgemeine Satz, daß in allen Fällen, in denen objektiv die Notwendigkeit der Beerdigung wegfällt, aus dem Todesfalle allein ein Anspruch auf Ersatz von Ausgaben, welche durch denselben verursacht sein sollen, nicht hergeleitet werden kann.

II. Die Notwendigkeit einer Behandlung wirkt als Grund für die sozialpolitische Fürsorge dann, wenn sie selbst im konkreten Falle sich als Folge eines die Unterstützung begründenden Körperzustandes darstellt.

Dies festzustellen und im Auge zu behalten, ist für die Begrenzung der sozialpolitischen Fürsorgepflicht von höchster Bedeutung. Nur wenn und insoweit eine Behandlung im konkreten Falle als nötig und geboten erscheint, ist eine Verpflichtung der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften für dieselbe aufzukommen gegeben. In keinem Falle geht ihre Verbindlichkeit über diese Grenze hinaus, womit nicht ausgeschlossen ist, daß dieselbe kraft positiver Bestimmungen in bestimmten Punkten hinter jener Grenze zurückbleiben kann, noch andererseits, daß die Träger der Versicherung berechtigt sein können, aus besonderen Gründen dieselbe zu überschreiten.

Notwendig aber ist diejenige Behandlung, welche sowohl nach der objektiven Art des zu behandelnden Zustandes als nach den subjektiven Verhältnissen des zu behandelnden Menschen zur Erreichung der Zwecke, denen eine Behand-

lung überhaupt zu dienen hat, im einzelnen Falle angemessen ist[1]).

Die Zwecke, welche die Behandlung des Patienten rechtfertigen, sind verschieden, mehr oder weniger weitgehende.

In erster Linie zu erstreben ist die völlige Beseitigung des Übels: Die Heilung im engeren und eigentlichen Sinne. Ist dieselbe nicht erreichbar, so ist die Behandlung auch gerechtfertigt zum Zwecke einer Minderung des vorhandenen Leidenszustandes. Endlich kann Zweck der Behandlung die Verhütung einer Verschlimmerung des Zustandes sein.

Die Terminologie des Gesetzes, welche sich auf diese Verhältnisse bezieht, ist keine einheitliche. An verschiedenen Stellen findet sich der Ausdruck „Behandlung“ in dem allgemeinsten Sinne, in welchem er die Gesamtheit der Maßnahmen persönlicher und sachlicher Natur umfaßt, welche durch eine Krankheit, Körperverletzung erfordert werden[2]); durch den adjektivischen Zusatz wird die „ärztliche Behandlung“ als ein bestimmter, nach der Art der technischen Mühewaltung charakterisierter Teil der Behandlung im weiteren Sinne hervorgehoben[3]).

Mit der Behandlung dem Inhalte nach gleichbedeutend ist zunächst die „Kur“; sie unterscheidet sich von jener dadurch, daß sie nur die in einem Krankenhause sich vollziehende Behandlung darstellt[4]). Mit der Kur in diesem

---

[1]) H. Rosin, Das Recht der Arb.V., S. 322.

[2]) § 7 Abs. I Ziff. 1 K.V.G.: „wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt,“ analog § 22 Abs. I Ziff. 1 G.U.V.G., § 23 Abs. I Ziff. 1 ldw. G.

[3]) § 6 Abs. I Ziff. 1. K.V.G.

[4]) „Freie Kur und Verpflegung“ im § 7 Abs. I und II K.V.G., § 21 Abs. I Ziff. 3 K.V.G.; analog § 22 Abs. I und II G.U.V.G. § 23 Abs. I ldw. G.

Sinne verbindet sich notwendig die „Verpflegung" der ins Krankenhaus aufgenommenen Person. Insoweit dieselbe lediglich als Beköstigung, wie sie zur Fristung jeden Lebens erforderlich ist, sich darstellt, hat sie begrifflich mit der Behandlung nichts zu teilen; insofern sie aber in ihrer Art durch den zu behandelnden Körperzustand beeinflußt wird, dient sie den gleichen Zwecken wie die Behandlung selbst und geht tatsächlich in dieselben über[1]). In erster Reihe auf pathologische Zustände bezüglich, ist die „Heilung" im weitesten Sinne der „Behandlung" und „Kur" völlig gleichbedeutend[2]); umfaßt also namentlich die Maßnahmen, welche der Minderung des Leidenszustandes und der Verhütung seiner Verschlimmerung dienen. Denselben Sinn hat in den Unfallversicherungsgesetzen, sowie dem Invalidenversicherungsgesetz der Ausdruck „Heilverfahren"[3]); indessen kann derselbe nach der Bedeutung des Wortes „Verfahren" auch das Moment einer gewissen Kontinuität in sich aufnehmen. In diesem Sinne einer planmäßig fortgesetzten fürsorglichen Tätigkeit wird der Ausdruck „Heilverfahren" überall da zu nehmen sein, wo ein bestimmter in sich geschlossener Zeitraum damit bezeichnet werden soll.

b) Gründe der Einnahmenverminderung.

§ 6.

Verlust des Ernährers.

I. Der Verlust des Ernährers erscheint zunächst als eine Folge seines Todes. Auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist gewissen im Gesetz näher bestimmten An-

[1]) H. Rosin, Das Recht der Arb.V., S. 320.

[2]) § 46 Abs. I Ziff. 3 K.V.G.: „Anstalten zur Heilung und Verpflegung erkrankter Mitglieder."

[3]) § 11 G.U.V.G. und die Parallelstellen; §§ 18, 19, 20 J.V.G.

gehörigen des Versicherten bei seinem durch Betriebsunfall herbeigeführten Tode der Anspruch auf Rente in einem gesetzlich näher festgestellten Umfange gegeben. Die Dauer des Rentenbezuges währt so lange, bis in der Person des Anspruchsberechtigten Tatsachen eintreten, welche in sich den Verlust des Ernährers ersetzen, so bei Kindern, wenn sie mit zurückgelegtem 15. Lebensjahre im Sinne des Gesetzes fähig werden, selbst ihren Unterhalt zu verdienen, oder wenn die Witwe sich wieder verheiratet.

II. Einen Verlust des Ernährers erleiden vorübergehend seine Angehörigen auch dann, wenn derselbe behufs der Behandlung einer Verletzung oder Krankheit in einem Krankenhause untergebracht ist, um so mehr als diese Unterbringung zugleich an Stelle des Krankengeldes bezw. der Unfallrente tritt, welche während dieser Zeit fällig geworden wären und von den betreffenden Angehörigen hätten mitgenossen werden können.

Demzufolge tritt übereinstimmend in den Versicherungsgesetzen für diese Zeit eine Fürsorge zugunsten der Angehörigen durch Zahlung eines teilweisen Krankengeldes, bezw. durch die einer sogen. Familienrente an die letzteren ein[1]). Der Gedanke, daß der eigentliche Fürsorgegrund auch in diesen Fällen der Verlust des Ernährers ist, tritt in den Unfallversicherungsgesetzen insoweit hervor, als der Anspruch auf diese Angehörigenrente für die gleichen Personen gegeben ist, welche im Falle des Todes des Verletzten einen Anspruch auf die Hinterbliebenenrente haben würden. Im Krankenversicherungsgesetz und Invalidenversicherungsgesetz, die beide eine Hinterbliebenenrente nicht kennen, nimmt jener Gedanke die Form eines eigenen Rechtssatzes an, indem die Hälfte

[1]) K.V.G. § 7 Abs. II; G.U.V.G. § 22 Abs. III, ldw. G. § 23 Abs. II; J.V.G. § 18 Abs. IV, § 47 Abs. II.

des Krankengeldes, bezw. eines Viertels des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter, bezw. der Invalidenrente für Angehörige zu leisten ist, deren Unterhalt der im Krankenhause Untergebrachte „bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat". Danach kommt es hier nicht auf die rechtliche Verpflichtung seitens des Ernährers, sondern vielmehr auf die tatsächliche Gewährung des Unterhalts an, welcher im wesentlichen von dem Erkrankten bisher, d. h. bis zu seiner Erkrankung bestritten sein muß[1]). Besonders vorausgesetzt wird aber hier, daß die Bestreitung „aus seinem Arbeitsverdienste" erfolgt sein muß, d. h. anzunehmenderweise nicht erfolgt wäre, wenn der Untergebrachte seinen Arbeitsverdienst (eventuell neben seinem sonstigen Einkommen) nicht gehabt hätte.

§ 7.

Verlust und Beschränkung der Erwerbsfähigkeit.

Die Fürsorge bei beeinträchtigter Erwerbsfähigkeit bildet den eigentlichen Kernpunkt der sozialpolitischen Gesetzgebung und erstreckt sich daher durch alle Gebiete derselben hindurch.

I. Erwerbsunfähigkeit und zwar im Sinne völliger Erwerbsunfähigkeit erscheint als Fürsorgegrund auf allen drei Gebieten der Arbeiterversicherung. Eine Definition derselben, welche sowohl einerseits allgemeine Bedeutung für sich in Anspruch nehmen kann, andererseits aber auch Raum gewährt für die verschiedenartigen Beziehungen der drei Versicherungsarten, läßt sich dahin aufstellen: „Erwerbsunfähigkeit ist die infolge körperlichen Zustandes eingetretene Unfähigkeit, durch solche Arbeiten, welche nach Lage des

[1]) H. Rosin, Das Recht der Arb.V., S. 328.

Falles dem Betreffenden billig zugemutet werden können, einen im Sinne des Gesetzes beachtenswerten Erwerb zu machen[1]).

Im vollen Umfange der sozialpolitischen Gesetzgebung beruht die Erwersunfähigkeit, welche die gesetzliche Fürsorge begründet, auf einem seinerseits wiederum als Fürsorgegrund sich darstellenden körperlichen Zustande. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung ist es die „durch Krankheit herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit" (K.V.G. § 5 Abs. I). Auf dem Gebiete der Unfallversicherung erscheint die Erwerbsunfähigkeit als Folge einer Körperverletzung, welche ihrerseits wiederum auf einen Betriebsunfall zurückgeht (z. B. § 12 mit § 1 G.U.V.G.). Auf dem Gebiete der Invaliditätsversicherung endlich ist es die aus irgendwelchem physiologischen oder pathologischen Grunde vorhandene Körperschwäche, der invalide körperliche oder geistige Zustand, welcher als Ursache der Erwerbsunfähigkeit sich darstellt. In allen Fällen aber muß der maßgebende körperliche Zustand nicht bloß in abstracto den Charakter eines Fürsorgegrundes an sich tragen, sondern auch in concreto geeignet sein, die sozialpolitische Fürsorge für sich und seine wirtschaftlichen Folgen hervorzurufen.

II. Teilweise Erwerbsunfähigkeit beidet einen Fürsorgegrund auf dem Gebiete der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung. Sie ist ein Zustand vorhandener, aber durch körperliche Verhältnisse beeinträchtigter Erwerbsfähigkeit. Diejenigen Momente, welche als Maßstab für die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit in Betracht kommen, sind die durch körperliche Schäden erfolgende Einschränkung des Kreises der dem Betreffenden möglichen Erwerbstätigkeiten in Verbindung mit einer Schätzung ihres wirtschaftlichen Wertes, die Herab-

[1]) H. Rosin, Das Recht der Arb.V., S. 335; Reger, Bd. XIX S. 337, Bd. XXIII S. 87, 248.

setzung der Energie oder Ausdauer der Arbeitskraft und die etwaige Minderung der Verwertbarkeit der noch verbliebenen Arbeitsfähigkeit.

III. Die Zustände der Erwerbsfähigkeit bezw. Erwerbsunfähigkeit können nach menschlicher Voraussicht dauernde oder vorübergehende sein, d. h. in letzterem Falle einem anderen Zustande Platz machen. An und für sich kann dieser andere Zustand auch ein schlimmerer sein; eine allgemeinere Bedeutung für die sozialpolitische Fürsorge oder doch für die Ordnung derselben hat aber nur die Unterscheidung der Erwerbsunfähigkeit in eine dauernde und eine „voraussichtlich vorübergehende"[1]) in dem Sinne, daß ein besserer, die betreffende Fürsorge nicht mehr begründender Zustand in Aussicht steht. Von größter materieller Wichtigkeit ist dies zunächst für das Gebiet der Invalidenversicherung. Auf diesem wird prinzipiell eine Rente nur für voraussichtlich dauernde, d. i. also voraussichtlich lebenslängliche völlige Erwerbsunfähigkeit gewährt. (§ 15 Abs. II J.V.G.) Doch wird nach § 16 a. a. O. der dauernden Erwerbsunfähigkeit diejenige gleichgerechnet, welche tatsächlich 26 Wochen lang schon ununterbrochen gedauert hat und nach dieser Zeit noch fortdauert. Bei Annahme alsbaldiger Herstellung indessen ist diese Präsumtion nicht begründet[2]). Die Unfallversicherung gewährt Fürsorge sowohl für dauernde als auch für vorübergehende (teilweise oder völlige) Erwerbsunfähigkeit und räumt der letzteren nur hinsichtlich des Verfahrens bei Feststellung der Rente eine Sonderstellung ein[3]). Für die Krankenversicherung endlich kommt es zwar nicht darauf an, ob der Zustand der vorliegenden Erwerbsunfähigkeit an sich die

[1]) G.U.V.G. § 69 Abs. I Ziff. 1b, ldw. G. § 75 Abs. I Ziff. 1b.

[2]) R. Piloty, Einleitung zur Gesamtausgabe der Arbeiterversicherungsgesetze, S. 15.

[3]) G.U.V.G. § 69, ldw. G. § 75. Bau-G. § 37.

Aussicht auf Behebung gewährt oder nicht; allein durch die rechtliche Beschränkung ihrer Unterstützungen auf verhältnismäßig kurze Zeiträume wird dieselbe in die Lage gebracht, jeden Krankheitszustand praktisch als einen vorübergehenden zu behandeln.

§ 8.

C. Systematik und Wechselbeziehungen der Fürsorgegründe.

Betrachtet man nun die Gründe der sozialpolitischen Fürsorge, die im vorstehenden in ihrem begrifflichen und kausalen Zusammenhang entwickelt worden sind, so ergibt sich, daß von den drei Arten der Arbeiterversicherung die Unfallversicherung insofern den einheitlichsten Charakter zeigt, als sie die Fürsorge bei Betriebsunfällen und ihren Folgen zum ausschließlichen Gegenstand hat. Aus dem Betriebsunfall entsteht Körperverletzung oder Tod, aus der Körperverletzung ergibt sich zunächst die Notwendigkeit der Behandlung und, wenn diese im Krankenhause erfolgt, das Bedürfnis einer Unterstützung der Angehörigen, sodann aber möglicherweise völlige oder teilweise Erwerbsunfähigkeit und die hiernach zu bemessende Unfallrente; die Tötung bringt die Notwendigkeit der Beerdigung und für die Hinterbliebenen den durch eine Rente auszugleichenden Verlust des Ernährers mit sich.

Im Gegensatz zur Unfallversicherung faßt die Invaliditäts- und Altersversicherung zwei Ausgangspunkte zusammen. Grundlegend ist die Invalidität mit ihrer Folge, welche sich als (im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes) vollständige und zwar (wirklich oder fingiert) dauernde Erwerbsunfähigkeit darstellt. Mit ihr aber verbindet sich zu einheitlichem Systeme das Alter und die ihm ohne Rücksicht auf weitere Folgen gewidmete Fürsorge.

Für die Krankenversicherung ist die Krankheit dasjenige Moment, welches das Fürsorgesystem maßgebend beeinflußt. Aus ihr folgt zunächst, wie bei der Unfallversicherung, Notwendigkeit der Behandlung und eventuell der Angehörigenunterstützung, sodann Erwerbsunfähigkeit, welche aber hier lediglich als völlige (im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes) die Fürsorge begründet. Ungünstiger Verlauf der Krankheit führt zum Tode und zur Beerdigung. In gewissem Umfange wird der Tod, auch abgesehen davon, ob er seine Ursache in einer vorausgegangenen Krankheit findet oder nicht, berücksichtigt: Die Krankenversicherung geht hier in eine Sterbegeldversicherung über.

Aus dieser Übersicht ergibt sich die auch schon im Vorhergegangenen an verschiedenen Stellen hervorgehobene Tatsache, daß eine und dieselbe Ursache als Gegenstand mehrerer Versicherungen in Betracht kommen kann oder auch daß zu einem vorhandenen Tatbestand einer Versicherung derjenige einer anderen später hinzutreten kann. Am intensivsten sind danach die Berührungspunkte zwischen Kranken- und Unfallversicherung, indem einerseits die Körperverletzung durch Betriebsunfall, sich zugleich als eine, nur besonders begründete, Krankheit darstellt und demgemäß an sich eine Fürsorge auch auf dem Boden der Krankenversicherung nach dem Maße derselben erzeugen kann, andererseits aber auch der Tod auf beiden Gebieten der Versicherung Bedeutung hat. Ein naher innerer Zusammenhang besteht auch zwischen Kranken- und Invalidenversicherung. Die Invalidität ist in den meisten Fällen der Abschluß einer Krankheit von längerer oder kürzerer Dauer. Weiterhin kann nicht verkannt werden, daß eine umfassende sorgfältige Krankenfürsorge dem Eintritt der Invalidität vielfach vorzubeugen und dadurch die Invalidenversicherung zu entlasten vermag.

Zwischen Invalidenversicherung und Unfallversicherung

treten mannigfache Wechselbeziehungen darin zutage, daß es sich bei beiden um die Frage handelt, ob ein versicherter Arbeiter noch erwerbsfähig ist oder wegen Verlustes der Arbeitsfähigkeit eine Rente erhalten soll. Auch die Ursachen der Erwerbsunfähigkeit liegen in beiden Fällen häufig nicht weit auseinander. Insbesondere ist die Grenze zwischen einem Betriebsunfall und den allmählich wirkenden Einflüssen des Betriebes, welche beide die Erwerbsunfähigkeit hervorrufen, nicht immer leicht erkennbar. Beide Wohlfahrtseinrichtungen haben dauernde Verhältnisse derselben Personen, die Sicherung des Lebensunterhaltes Erwerbsunfähiger durch Gewährung einer Rente zum Ziel; ihr sozialpolitischer Zweck ist derselbe.

Teil II.

Inhalt der Arbeiterversicherung.

§ 9.

Übersicht.

Unter dem Inhalt der sozialpolitischen Fürsorge sind diejenigen Leistungen zu verstehen, deren Gewährung zur möglichsten Ausgleichung der hervorgetretenen Fürsorgegründe dienen soll. Damit ist naturgemäß eine Anknüpfung des Inhalts der Versicherung an die Gründe der Fürsorge gegeben und zwar an diejenigen, welche dieselben am letzten Ende wachrufen. Außer der Altersfürsorge nun, welche unmittelbar an einen körperlichen Zustand, das Alter, unabhängig von seinem etwaigen Einfluß auf die Wirtschaft des Menschen, anschließt, ist jede sozialpolitische Fürsorge, wie oben gezeigt, gegründet auf eine gewisse nachteilige Veränderung im Budget einer menschlichen Wirtschaft, sei es, daß gewisse neue Bedürfnisse aufgetreten sind, welche nur durch neue Ausgaben befriedigt werden können, sei es, daß

bisherige Quellen der Einnahme versiegt sind. Was nun zunächst diejenige Fürsorge anlangt, welche zur Ausgleichung neu hervorgetretener, Kosten verursachender Bedürfnisse bestimmt ist, so kann dieselbe entweder in der Weise geleistet werden, daß dem Berechtigten in natura diejenigen Mittel, z. B. ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, Krankenhauspflege gewährt werden, durch welche das bezügliche Bedürfnis, hier die Notwendigkeit der Behandlung, unmittelbar befriedigt wird, oder es können ihm die Kosten, welche ihm die eigene Beschaffung solcher Mittel verursacht, in einer irgendwie zu bestimmenden Höhe durch Geldzahlung ersetzt werden. Umgekehrt wird die Ausgleichung der Ausfälle auf der Einnahmeseite des Budgets nach dem Systeme der sozialpolitischen Gesetze prinzipiell durch die Leistung periodischer Geldrenten bewirkt, an deren Stelle nur ausnahmsweise Kapitalsabfindungen einerseits, andererseits aber gleichwertige dauernde bezw. periodische Naturalleistungen zur unmittelbaren Befriedigung der Lebensbedürfnisse treten. Der Inhalt der sozialpolitischen Fürsorge besteht hiernach in der Gewährung entweder von Naturalleistungen oder von Geldleistungen.

A. Ausgleichung des Ausgabebudgets.

§ 10.

1. Sorge für die Beerdigung: Sterbegeld.

Ausgaben verursacht zunächst die durch den Tod eintretende Notwendigkeit der Beerdigung. Der Ausgleich erfolgt, indem eine gewisse Summe als Sterbegeld gezahlt wird. Die Höhe desselben wird von den Gesetzen in allen Fällen unabhängig von der nachweisbaren Höhe der wirklich geleisteten oder zu leistenden, auf ihre Notwendigkeit bezw.

Angemessenheit zu prüfenden Ausgaben bestimmt, vielmehr ist dieselbe stets ohne solche Rücksicht, und zwar in erster Linie durch die Bezugnahme auf einen bestimmten Arbeitsverdienst, als Vielfaches oder Quote desselben[1]) fixiert, in zweiter Linie aber durch die Festsetzung eines absoluten Minimums von 50 Mark für den Fall, daß das Resultat der relativen Bestimmung hinter demselben zurückbleiben sollte.

Die Natur des „Sterbegeldes“ als eines Ersatzes der Beerdigungskosten wirkt maßgebend ein auf die Bestimmung des Empfangsberechtigten. Das Krankenversicherungsgesetz schreibt in § 20 Abs. IV vor: „Das Sterbegeld ist zunächst zur Deckung der Kosten des Begräbnisses bestimmt und in dem aufgewendeten Betrage demjenigen auszuzahlen, welcher das Begräbnis besorgt. Ein etwaiger Überschuß ist dem hinterbliebenen Ehegatten, in Ermangelung eines solchen den nächsten Erben auszuzahlen.“ Die Unfallversicherungsgesetze enthalten bezüglich des Empfangsberechtigten keine ausdrückliche Bestimmung, doch hat hier das gleiche wie bei der Krankenversicherung zu gelten, daß anspruchsberechtigt derjenige ist, der die Beerdigung oder Bestattung und was damit zusammenhängt, besorgt hat, auch wenn das nicht die Hinterbliebenen sind, daß diese indessen den Überschuß über die vom Beerdiger nachgewiesenen Kosten erhalten.

2. Sorge für die Behandlung.

§ 11.

Arzt, Arznei, Heilmittel.

Die Gewährung von „freier ärztlicher Behandlung, Arznei, sowie von Brillen, Bruchbändern und ähnlichen

[1]) K.V.G. § 20 Abs. I Ziff. 3: zwanzigfacher Betrag des ortsüblichen Tagelohnes. § 21 Abs. I Ziff. 6: Erhöhung bis zum vierzigfachen Betrag. — G.U.V.G. § 15 Abs. I Ziff. 1 und ldw. G. § 16 Abs. I Ziff. 1: der fünfzehnte Teil des Jahresarbeitsverdienstes.

Heilmitteln“ bildet in erster Linie die Grundlage der gesamten Krankenfürsorge. Sie ist während der gesetzlich bestimmten Zeit der Gemeindekrankenversicherung zur Pflicht gemacht (K.V.G. § 6 Abs. I Ziff. 1), den organisierten Kassen aber gestattet, durch Statut „auch andere als die im § 6 bezeichneten Heilmittel“ zu gewähren[1]). Sowohl im Krankenversicherungsgesetz selbst und den dasselbe ergänzenden Bestimmungen[2]) wie auch in den Unfallversicherungsgesetzen, in den letzteren bei der Regelung der in den ersten 13 Wochen nach dem Unfall zu gewährenden Fürsorge[3]), ist dann bei Feststellung des Umfanges gesetzlicher Fürsorgepflichten auf diese Bestimmungen Bezug genommen. Dasselbe ist endlich auch in einer besonderen Bestimmung des Invalidenversicherungsgesetzes betreffend die Übernahme des Heilverfahrens auf die Versicherungsanstalt geschehen[4]).

Der allgemeine Satz, daß nur die Notwendigkeit der Behandlung einen Grund zur Fürsorge darbietet, findet auch hier seine spezielle Anwendung dahin, daß eine Pflicht zur Gewährung ärztlicher Behandlung, von Arzneien oder Heilmitteln in jedem Einzelfalle nur im Rahmen der durch ihn bestimmten Notwendigkeit begründet ist.

Eine Beschränkung, kraft deren die Gewährung hinter der Grenze des Notwendigen zurückbleiben kann oder muß, ergibt sich speziell für Heilmittel aus der Bestimmung des § 6 Abs. I Ziff. 1 K.V.G., nach welcher die Gemeindekrankenversicherung außer ärztlicher Behandlung und Arznei

---

[1]) K.V.G. § 21 Abs. I Ziff. 2 mit § 20 Abs. I Ziff. 1, § 21 Abs. I Ziff. 5.

[2]) K.V.G. § 71: Fürsorgepflicht des Bauherrn, welcher die Errichtung einer Baukrankenkasse verweigert.

[3]) G.U.V.G. § 12 Abs. II (Betriebsunternehmer); ldw. G. § 27 Abs. I (Gemeinde); Bau-U.G. § 10 Abs. II (Gemeinde).

[4]) J.V.G. §§ 18 und 19.

nur „Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel“ zu gewähren hat. Im weiteren kann dann die auf Grund des § 21 Abs. I Ziff. 2 K.V.G. ergehende statutarische Bestimmung der organisierten Kassen Erhöhungen und Erweiterungen der im § 6 normierten Mindestleistungen eintreten lassen. Gegenüber den im § 6 Abs. I Ziff. 1 K.V.G. bestimmten sogen. „kleinen Heilmitteln“ sind in den Unfallversicherungsgesetzen außer freier ärztlicher Behandlung und Arznei „sonstige Heilmittel, sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate u. dergl.)“ bezw. die Gewährung einer Fürsorge für den Verletzten in demjenigen Umfange, „welchen die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet“ vorgesehen[1]).

Den Versicherungsanstalten ist durch die neue Fassung der §§ 18, 19 J.V.G. die Befugnis eingeräumt, zwecks Vorbeugung der Erwerbsunfähigkeit „ein Heilverfahren in dem ihnen geeignet erscheinenden Umfange eintreten zu lassen“ bezw. „in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Versicherungsanstalt für geboten erachtet“. In diesen Fällen kann also das Maß der fürsorgenden Heilbehandlung die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung wesentlich überschreiten.

§ 12.

Aufnahme in ein Krankenhaus bezw. in ein Invalidenhaus.

Die Unterbringung eines Erkrankten oder Verletzten in einem Krankenhause bildet in wesentlich gleichartiger Weise ein Institut aller drei Versicherungszweige. Ferner regelt der neue § 25 J.V.G im Interesse der Invalidenempfänger die

---

[1]) G.U.V.G. § 9 Abs. I Ziff. 1 und § 11 Abs. I; ldw. G. § 8 Abs. I Ziff. 1 und § 14 Abs. I; Bau-G. § 9.

Möglichkeit, einem solchen an Stelle der Rente die Aufnahme in ein Invalidenhaus oder in ähnliche von Dritten unterhaltene Anstalten zu gewähren. Nach den Reichsversicherungsgesetzen besteht indessen in keinem Falle eine Verpflichtung, die Unterbringung desjenigen, welchem ein Anspruch auf Fürsorge zusteht, in einem Krankenhause ꝛc. anzuordnen oder zu bewilligen. Vielmehr ist diese Gewährung stets und unter allen Umständen in das freie Ermessen desjenigen gestellt, welchem die Fürsorge obliegt. Sie erscheint danach als eine besondere Form der Behandlung, welche jedoch, indem sie zugleich Unterkunft und Ernährung gewährt, über den eigentlichen Rahmen jener hinausgeht. Wird die Aufnahme in einem Krankenhause gewährt, so tritt sie demzufolge an die Stelle jeder anderen, der Behandlung des betr. Zustandes dienenden Leistung, ersetzt aber zugleich auch die sonst etwa neben der Sorge für die Behandlung hergehenden periodischen Geldleistungen (Krankengeld bezw. Unfallrente bezw. Invalidenrente), welche zur Ausgleichung des durch gänzliche oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verursachten Einnahmeausfalls bestimmt sind. Der Umstand, daß Krankengeld bezw. Unfallrente bezw. Invalidenrente zugleich zur Bestreitung des Unterhalts der Angehörigen verwendet werden können, führt dann das Gesetz zur Bewilligung eines teilweisen Krankengeldes bezw. einer sogen. Familienrente an die letzteren[1]). — Insoweit die Unterbringung in einem Krankenhause bezw. in einem Invalidenhause an die Stelle von Geldrenten tritt, liegt ein Fall des Ersatzes einer Geldleistung durch eine Naturalleistung vor.

[1]) K.V.G. § 7 Abs. II; G.U.V.G. § 22 Abs. III; ldw. G. § 23 Abs. II; J.V.G. § 18 Abs. IV, § 47 Abs. II.

B. Ausgleichung des Einnahmebudgets.

§ 13.

Geldrenten und Naturalersatz.

I. Die nachteilige Veränderung, welche das Budget einer menschlichen Wirtschaft durch den Ausfall bisheriger Einnahmen erleidet, findet nach den Reichsgesetzen über die Arbeiterversicherung ihre Ausgleichung durch die Gewährung periodischer in Geld bestehender Leistungen: Geldrenten. Auch die Fürsorge für das Alter wird hieran anschließend in Gestalt einer Geldrente geleistet. Hiernach und im Hinblick auf die verschiedenen oben besprochenen Gründe, welche eine Einnahmeverminderung erzeugen, kommen folgende Arten von Geldrenten in Betracht:

1. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung das Krankengeld, zahlbar an den Versicherten für den Fall seiner durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit (K.V.G. § 6 Abs. I Ziffer 2). Daneben erscheint ein Teilkrankengeld, welches bei Unterbringung des Versicherten in einem Krankenhause einerseits seinen Angehörigen, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, gezahlt wird (K.V.G. § 7 Abs. II), andererseits dem Versicherten selbst nach statutarischer Bestimmung zugute kommt (K.V.G. § 21 Abs. I Ziff. 3).

2. Auf dem Gebiete der Unfallversicherung die Unfallrente. Sie erscheint entweder als Rente des Verletzten bei dessen völliger oder teilweiser Erwerbsunfähigkeit, oder als Hinterbliebenenrente im Falle der Tötung des Versicherten, oder endlich als sogen. Angehörigen- oder Familienrente, analog dem Teilkrankengelde für Angehörige, zahlbar bei Unterbringung des Verletzten in einem Krankenhause.

3. Auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Alters-

versicherung die Invalidenrente und die Altersrente. Läßt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so ist bei Unterbringung des Versicherten in einem Krankenhause ebenfalls die Angehörigenunterstützung, bezw. an Stelle derselben die Invalidenrente zu zahlen (J.V.G. § 47 Abs. II).

Der Betrag der Renten wird auf dem ganzen Gebiete der Arbeiterversicherung nur in geringem Umfange und in keinem Falle allein durch eine absolute Ziffer bestimmt. Vielmehr wirkt eine solche nur auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung für die Feststellung der Rentenhöhe insofern mit, als bei jeder Invaliden- oder Altersrente der unbedingt feste Betrag von jährlich 50 Mark als Reichszuschuß zum Ansatz gelangt (J.V.G. § 35 a. E.). Im übrigen bestimmen sich auch die Invaliden- und die Altersrenten ebenso wie alle anderen Renten auf der Grundlage eines Arbeitsverdienstes.

Die Zeiträume, welche für die Renten maßgebend in Betracht kommen, beziehen sich entweder auf die Berechnung oder auf die Auszahlung der Renten. Nach der Weise ihrer Berechnung sind alle Renten der Unfallversicherung, sowie der Invaliditäts- und Altersversicherung Jahresrenten, sie werden für Kalenderjahre berechnet[1]). Die Krankengelder dagegen werden pro Tag (Arbeitstag: K.V.G. § 6 Abs. I Ziff. 2) berechnet. —

Die Zahlungsperioden können sowohl länger als auch kürzer sein wie die Rechnungsperioden: Das erstere ist der Fall beim Krankengelde, das letztere bei allen Jahresrenten. „Das Krankengeld ist nach Ablauf jeder Woche zu zahlen" (K.V.G. § 6 Abs. III). Analoges gilt dann in den Fällen des Teilkrankengeldes. — Die Unfall-, Invaliditäts- und

[1]) Für die Invaliden- und Altersrenten § 35 J.V.G.; für die Renten der Unfallversicherung ergibt es sich aus ihrer Grundlage, dem Jahresarbeitsverdienste.

Altersrenten sind in monatlichen Renten und zwar im voraus zu zahlen[1]). Die Monate sind die Kalendermonate; die Zahlungen verfallen für jeden Kalendermonat am ersten desselben.

II. Die sozialpolitischen Renten tragen den Charakter von Beiträgen zur Sicherung des Lebensunterhaltes des Berechtigten. Ein Ersatz derselben durch die unmittelbare Gewährung von Naturalien zur Befriedigung der Lebensbedürfnisse ist jedoch — der Fall der Vereinbarung mit inbegriffen — nur insoweit zulässig, als das Gesetz selbst darauf hinweist. Daß in der fakultativen Gewährung freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause bezw. in einem Invalidenhause, insofern dieselbe, ganz oder doch zum Teil, zugleich an die Stelle des Krankengeldes bezw. der Rente des Verletzten tritt, ein Fall solchen Naturalersatzes gegeben ist, wurde oben bereits angedeutet. Weitergehend sind die Bestimmungen, welche im ldw. G. § 26 bezw. 136 Abs. II und im J.V.G. § 24 in betreff eines allgemeineren Ersatzes der Geldrenten durch Naturalleistungen gegeben sind, und welche, wenigstens in ihren wesentlichsten Teilen, der Absicht dienen, ein störendes Eingreifen der auf dem Systeme der Geldwirtschaft beruhenden Arbeiterversicherung in die für die Verhältnisse der ländlichen Arbeiter vielfach noch maßgebende Naturalwirtschaft zu verhüten[2]). Der materielle Inhalt jener Bestimmungen läßt sich im wesentlichen dahin zusammenfassen.

1. Ein gesetzliches Recht, statt der Geldrente Naturalleistungen zu verlangen, ist dem Bezugsberechtigten in keinem Falle eingeräumt. Umgekehrt besteht auch nur in einem Falle die gesetzliche Pflicht einer solchen Umwandlung:

[1]) G.U.V.G. § 93 Abs. I, ldw. G. § 99 Abs. I, Bau-G. § 37.

[2]) H. Rosin, Das Recht der Arb.V., S. 404.

nämlich gegenüber „solchen Personen, welchen wegen gewohnheitsmäßiger Trunksucht nach Anordnung der zuständigen Behörde geistige Getränke in öffentlichen Schankstätten nicht verabfolgt werden dürfen“ (ldw. G. § 26 Abs. II; J.V.G. § 24 Abs. II). In den übrigen Fällen macht das Gesetz die Umwandlung der Geldrenten in Naturalleistungen abhängig von einer freien Entschließung desjenigen Rechtssubjektes, welches die Naturalien zu gewähren hat, d. i. der politischen Gemeinde oder eines weiteren Kommunalverbandes.

2. Welchen Personen gegenüber die Umwandlung von Geldrenten in Naturalleistungen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen Platz greifen darf, ergibt sich aus folgendem:

Die besondere polizeiliche Voraussetzung, unter der bei Trunkenbolden die Umwandlung der Invaliden- bezw. Altersrente stattfindet, ist oben (Nr. 1) bereits erwähnt worden. Abgesehen von den Trunkenbolden sind die dem Naturalersatz ausgesetzten Personen durchgängig solche, welche durch ihre Beschäftigung in einer bestimmten Beziehung zur Land- und Forstwirtschaft stehen.

Die maßgebenden Bestimmungen (§ 26 bezw. 136 Abs. II ldw. G.; § 24 J.V.G.) knüpfen in gewisser Weise an ein die Naturalwirtschaft begründendes Herkommen an. Objektive Voraussetzung für das ergehende Statut ist, daß in seinem Geltungsbereiche („daselbst“) „nach Herkommen der Lohn der in land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeiter ganz oder zum Teil in Form von Naturalleistungen gewährt wird“. Außer dem Herkommen von allgemeinem Charakter wird noch ausdrücklich erfordert, daß der Rentenempfänger persönlich in dem Geltungsbereiche der statutarischen Bestimmung („innerhalb desselben“) als Arbeiter in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben seinen Lohn oder Gehalt ganz oder zum Teil in Form von Naturalleistungen bezogen hat.

3. Der jetzt durch § 26 ldw. G. abgeänderte § 9 des Reichsgesetzes vom 5. Mai 1886 führte als Naturalleistungen „Wohnung, Feuerung, Nahrungsmittel, Landnutzung, Kleidung“ an. Doch waren alle diese nach dem ausdrücklichen Wortlaut des Textes nur Beispiele. Dagegen unterliegt es keinem Zweifel, daß nur solche Naturalleistungen gewährt werden dürfen, welche ihrer Art nach an Stelle des Barlohnes im Arbeitsverhältnis herkömmlich gegeben zu werden pflegen. „Der Wert der Naturalleistungen wird nach Durchschnittspreisen in Ansatz gebracht. Dieselben werden von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt.“ Trunkenbolden wird die Geldrente ihrem vollen Betrag nach in Naturalien umgewandelt. Die Renten der sonstigen Bezugsberechtigten können bis zu zwei Dritteln ihres Gesamtbetrages in Naturalien umgesetzt werden.

§ 14.

Kapitalabfindung.

Kapitalabfindung im Sinne der sozialpolitischen Gesetze ist die Umwandlung einer fortlaufenden Rentenschuld in eine einmalige Kapitalschuld. Die Abfindung ist ein ausnahmsweises Institut und greift nur insoweit Platz, als das Gesetz sie ausdrücklich zuläßt; darüber hinaus ist auch die Vereinbarung einer Abfindung ausgeschlossen.

Auf dem Gebiete der Unfallversicherung sowohl wie der Invaliditäts- und Altersversicherung kann dieselbe eintreten gegenüber Ausländern [1]), d. h. solchen, die nicht die Reichsangehörigkeit besitzen. Abfindung ist nur zulässig, wenn der Entschädigungsberechtigte seinen Wohnsitz im Deutschen Reiche dauernd aufgibt, also nicht bloß bei Wechsel des Aufenthalts. Die Höhe der Abfindung ist gesetzlich auf den „dreifachen Betrag der Jahresrente“ festgelegt.

[1]) G.U.V.G. § 95 Abs. II, ldw. G. § 101 Abs. II; J.V.G. § 26.

Nach den neuen Unfallversicherungsgesetzen[1]) kann außerdem eine Abfindung durch entsprechende Kapitalzahlung erfolgen, wenn bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit eine Rente von höchstens 15 % der Vollrente sich ergibt. Diese Neueinrichtung der Abfindung der kleinen Rentner ist von großer praktischer Tragweite. Es wird dadurch nicht nur die Form und teilweise auch der materielle Wert der Entschädigung in einer großen Zahl von Fällen verändert, sondern es findet auch eine ganz erhebliche Entlastung der Verwaltung an Mühe und Kosten statt. Die Abfindung findet nur auf Antrag statt. Die Kapitalzahlung muß „eine entsprechende" sein. Das Reichsversicherungsamt nimmt schon nach dem bisherigen Recht an, daß die Höhe der Abfindungssumme so zu bestimmen sei, daß die Abfindung in Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles als ausreichender Ersatz des durch den Unfall entstandenen Schadens erscheine[2]).

Auf dem Gebiete der Unfallversicherung tritt ferner durchgängig eine Abfindung der Witwe wegen ihrer Witwenrente im Falle der Wiederverheiratung ein[3]). Hier beträgt die Abfindungssumme 60 % vom Jahresarbeitsverdienst des verstorbenen Ehemannes.

Teil III.

Fürsorgerecht und Personen der Arbeiterversicherung.

§ 15.

Fürsorgerecht.

Das sozialpolitische Fürsorgerecht ist ein auf den Reichsgesetzen über die Arbeiterversicherung beruhendes Recht einer

[1]) G.U.V.G. § 95 Abs. I, ldw. G. § 101 Abs. I.

[2]) A.N. 02 S. 461 (1549) = Reger, Bd. XVI S. 115.

[3]) G.U.V.G. § 16 Abs. II, ldw. G. § 17 Abs. II.

bestimmten physischen Person gegen eine juristische oder auch andere physische Person, nach welchem die letztere verpflichtet ist, im Interesse der ersteren für den Fall des Eintritts bestimmter Voraussetzungen eine gewisse Fürsorge zu gewähren.

Das sozialpolitische Fürsorgerecht ist ein Recht. Seine Kehrseite ist eine Pflicht gegenüber dem zur Fürsorge Berechtigten. Beide, Recht und Pflicht zusammen, bilden das Rechtsverhältnis der sozialpolitischen Fürsorge. Durch diesen seinen Rechtscharakter unterscheidet sich das sozialpolitische Fürsorgerecht von der öffentlichen Armenunterstützung, auf welche nach deutschen Gesetzen der Unterstützungsbedürftigte keinen klagbaren Rechtsanspruch hat, zu welcher vielmehr die Armenverbände nur dem Staat gegenüber verpflichtet sind.

Verpflichtet zur Fürsorge ist in den weitaus bedeutendsten Fällen eine juristische Person, deren breite Schultern für die Tragung der damit gegebenen Lasten in erster Reihe geeignet erscheinen; doch finden sich auch physische Personen als zur Fürsorge Verpflichtete. Fürsorgeberechtigt ist stets eine physische Person, und zwar eine bestimmte physische Person. Das Fürsorgerecht ist höchst persönlich; es ist ein Recht in der Person des Berechtigten. Die Fürsorge ist gesichert in seinem Interesse; dagegen ist es nicht nötig, daß sie sich demnächst in seiner Person realisiert, noch auch daß ihm selbst eintretenfalls der Anspruch auf Fürsorge zusteht. Die Krankenunterstützung der Familienangehörigen einerseits, die Unfallrenten der Hinterbliebenen und die Sterbegelder andererseits sind Belege hierfür.

Ein sozialpolitisches Fürsorgerecht ist ein solches, welches auf den Reichsgesetzen über die Arbeiterversicherung beruht, d. h. in seiner Art als Rechtsinstitut durch diese geschaffen ist. Daher gehören nicht zu den sozialpolitischen diejenigen

Fürsorgerechte, welche auf anderweitigem Reichs- oder Landesrechte beruhen, mögen immerhin auf ihren Inhalt und Umfang die Bestimmungen der Arbeiterversicherungsgesetze maßgebenden Einfluß ausüben. Unter diesen außerhalb des Kreises der sozialpolitischen stehenden Fürsorgerechten nehmen aber diejenigen eine besondere Stellung ein, welche dem sozialpolitischen Gesetzgeber in bezug auf Personen, die er an sich dem Gesetze unterstellt, derart als ein geeigneter Ersatz der von ihm selbst neu geschaffenen Fürsorgerechte erscheinen, daß er auf Eintritt oder Fortbestehen der letzteren für diejenigen Fälle verzichtet, in denen durch die Existenz der ersteren seinen wohltätigen Absichten in bezug auf jene Personen Genüge geleistet wird. Das Eintreten dieser ersetzenden Fürsorgerechte an die Stelle der sozialpolitischen Fürsorgerechte vollzieht sich entweder, wie bei der landesgesetzlichen Gemeindekrankenversicherung des § 15 K.V.G., derart, daß in bestimmtem Umfange eine sozialpolitische Organisation als Ganzes, welche als Trägerin sozialpolitischer Fürsorgepflichten berufen ist, durch eine andere Organisation rechtlich ersetzt wird, oder im einzelnen so, daß, wenn zugunsten einer bestimmten Person ein Fürsorgerecht schon begründet ist, das entsprechende sozialpolitische Fürsorgerecht direkt oder indirekt außer Kraft tritt.

§ 16.

Fürsorgeberechtigte.

I. Versicherungspflichtigkeit. —

Der Begriff der Versicherungspflichtigkeit ist der Grundbegriff der gesamten sozialpolitischen Gesetzgebung. Jedes der maßgebenden Gesetze geht davon aus, gewisse Personen als „versicherungspflichtige“ oder „zu versichernde“ bezw. als solche, welche „zu versichern sind“ zu bezeichnen, sie der

„Versicherungspflicht," dem „Versicherungszwange" zu unterwerfen. Nach den drei Arten der Arbeiterversicherung gibt es drei Arten der Versicherungspflichtigkeit: die Krankenversicherungspflichtigkeit, die Unfallversicherungspflichtigkeit, die Invaliditäts- und Altersversicherungspflichtigkeit. Eine allgemeine Arbeiterversicherungspflichtigkeit gibt es nicht. Indessen fallen die durch die drei Arten der Versicherungspflichtigkeit bestimmten drei Personenkreise in weitem Umfange tatsächlich zusammen.

Als „versicherungspflichtig" werden diejenigen Personen bezeichnet, welchen in erster Reihe die Fürsorge bei Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter zugewendet werden soll. Die Frage nach einer allgemeinen Bestimmung des damit gegebenen Begriffes läßt zunächst an eine für jene Personen begründete Pflicht des Inhalts denken, sich durch gewisse Handlungen oder Leistungen, namentlich durch Zahlung von Beiträgen, die ihnen zugedachte Fürsorge zu sichern. Dem steht jedoch entgegen, daß die sozialpolitische Fürsorge in weitem Umfange, namentlich auf dem Gebiete der Unfallversicherung, von jedem Zutun, namentlich jeder Gegenleistung der Versicherten unabhängig ist. Weit eher könnte die im Gesetz sogen. Versicherungspflicht als ein Recht, nämlich als das ihr entsprechende sozialpolitische Fürsorgerecht selbst bezeichnet werden. Das trifft in dem sehr erheblichen Umfange zu, in welchem auf Grund der vorhandenen Versicherungspflichtigkeit ein unmittelbarer Anspruch auf die sozialpolitische Fürsorge gegeben ist. Immerhin ist dies nicht allgemein, und namentlich auf dem ganzen Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung nicht der Fall. Trotzdem hat der allgemeine Begriff der Versicherungspflichtigkeit einen wesentlichen Einfluß auf das sozialpolitische Fürsorgerecht, wenn er auch nicht dieses selbst darstellt: Versicherungspflichtig sind Personen, für welche kraft rechtlicher Notwendigkeit das

entsprechende ordentliche sozialpolitische Fürsorgerecht begründet wird, sofern nicht ein in ihrer Person schon bestehendes anderweitiges Fürsorgerecht den Absichten des Gesetzgebers Genüge leistet.

Die Versicherungspflichtigkeit ist hiernach weder eine Pflicht, noch auch ein Recht, sondern eine rechtliche Eigenschaft[1]) gewisser Personen, kraft deren ihnen ein Recht erworben wird. Die rechtliche Eigenschaft besitzen sie einerseits auf Grund gewisser Tatbestände, welche sich in ihrer Person verwirklichen, andererseits aber als rechtliche Eigenschaft auf Grund eines Rechtssatzes, welcher jenen Tatbeständen die bestimmte rechtliche Qualifikation verleiht. In erster Linie bestimmen die Reichsgesetze selbst, welche Tatbestände positiv (für die Begründung) oder negativ (für die Ausschließung) der Versicherungspflichtigkeit sein sollen. Hinsichtlich der Tatbestände, welche positiv oder negativ der Versicherungspflichtigkeit zugrunde liegen, sei folgendes hervorgehoben:

a) Der Versicherungspflicht unterliegen prinzipiell nur „beschäftigte Personen". Die Arbeiterversicherung besteht, wie schon ihr Name besagt, in erster Linie für Arbeiter. Arbeiter ist, wer seine körperliche Arbeitskraft berufsmäßig und frei vermietet. Der Begriff ist bei allen drei Versicherungen der gleiche und deckt sich mit dem Begriff des Arbeiters im Sinne der Gewerbeordnung. Nur ausnahmsweise kann auf „Unternehmer", namentlich kleinere, durch Landesgesetzgebung, Bundesrat oder Genossenschaftsstatut die Versicherungspflicht erstreckt werden.

b) Maßgebend sind weiter die Verhältnisse des Betriebes und der Arbeiten, in bezw. mit welchen die Beschäftigung stattfindet. Von Bedeutung sind namentlich Gegenstand,

---

[1]) So H. Rosin, Das Recht der Arb.V., S. 434.

Art, Größe und Sitz des Betriebes, ferner auch die Gewerbemäßigkeit der Betriebe.

c) Einschlägige Verhältnisse sind alsdann bedingt durch Arbeitsverdienst, namentlich durch die Entgeltlichkeit der Beschäftigung überhaupt und durch die Höhe des Einkommens.

d) Persönliche Verhältnisse. Keine Bedeutung für die Versicherungspflicht hat das Geschlecht, nur ausnahmsweise die Staatsangehörigkeit. Dagegen ist das vollendete 16. Lebensjahr der Termin für den Beginn der Versicherungspflicht bei der Invaliditäts- und Altersversicherung (§ 1 J.V.G.), und auf demselben Gebiete bildet der annähernd invalide körperliche oder geistige Zustand einen Grund für den Nichteintritt des Versicherungszwanges. (§ 5 Abs. IV J.V.G.)

II. Selbstversicherung. — Nach dem Prinzip des Versicherungszwanges, welcher die Arbeiterversicherung beherrscht, ist die notwendige Versicherung die Regel (siehe §§ 1 aller Versicherungsgesetze). Die Versicherung tritt kraft Gesetzes ein, sobald jemand in der vom Gesetz beschriebenen Weise tatsächlich beschäftigt ist. Ausnahmsweise kann für gesetzlich bestimmte Personenklassen der Versicherungszwang erst durch Statut einer Gemeinde oder durch Verordnung einer Behörde eingeführt werden. Daneben kann die freiwillige Beteiligung an der Versicherung den im Gesetz oder auf Grund gesetzlicher Ermächtigung durch Statut bestimmten Personenklassen eröffnet werden. Für einige dieser Personenklassen ist ein Recht auf Beteiligung begründet, für andere hängt die Begründung der Versicherung von den übereinstimmenden Erklärungen des Bewerbers und des Versicherers ab. Solche Personenklassen finden sich sowohl auf dem Gebiete der Kranken-, wie der Unfall-, wie auch auf dem Gebiete der Invaliditäts- und Altersversicherung. Die Tatbestände, an deren Vorhandensein das Gesetz die Eigenschaft als Versicherungsberechtigter anknüpft, sind dergestalt geordnet, daß

sie diejenigen, welche der Versicherungspflicht zur Grundlage dienen, in irgendeiner Weise überragen. Es geschieht dies namentlich in der Art, daß einzelne positive oder negative Bedingungen der Versicherungspflicht für die Versicherungsberechtigten vom Gesetz fallen gelassen werden.

§ 17.

Fürsorgeverpflichtete.

I. Als Rechtssubjekte, gegen welche das sozialpolitische Fürsorgerecht sich richtet (fürsorgepflichtige Personen) erscheinen:

1. gewisse öffentliche Verbände, welche von der sozialpolitischen Gesetzgebung zu dem Zwecke ins Leben gerufen sind, um als Träger der durch sie begründeten Pflichten zu fungieren. Sie sind sämtlich öffentlichrechtliche Verbände in dem Sinne, daß sie zugleich dem Staate (Reiche) kraft öffentlichen Rechts zur Erfüllung ihres Zweckes verpflichtet sind und einer dementsprechenden staatlichen Aufsicht unterliegen. Als solche haben sie juristische Persönlichkeit[1]), sind aber im übrigen entweder selbständige Anstalten, wie die Versicherungsanstalten für die Invaliditäts- und Altersversicherung, oder Genossenschaften, sei es der fürsorgeberechtigten Arbeiter, wie die Orts-, Betriebs- und Baukrankenkassen, oder der beitragspflichtigen Unternehmer, wie die Berufsgenossenschaften für die Unfallversicherung;

2. anderweitige öffentliche Verbände mit eigenem, an

---

[1]) K.V.G. § 25 Abs. I; § 64, § 72 Abs. III; G.U.V.G. § 28 Abs. V; ldw. G. § 33 Abs. IV; Bau-G. § 14; J.V.G. § 68 Abs. I; die Anmerkung der juristischen Persönlichkeit erfolgt überall mit der in der Reichsgesetzgebung dafür gebräuchlichen Formel: „— kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und verklagt werden."

sich nicht speziell der Arbeiterversicherung dienenden Lebenszwecke. Es gehören hierhin namentlich die politischen Verbände: Reich, Staat, Gemeinden höherer und niederer Ordnung, in geringerem Umfange aber auch andere öffentliche Korporationen. Dieselben erscheinen aber als Träger von Fürsorgepflichten:

a) kraft ihrer Eigenschaft als besonders geartete Unternehmer. Es ist dies der Fall, soweit sie an Stelle der Berufsgenossenschaften bezw. der berufsgenossenschaftlichen Versicherungsanstalten die Unfallversicherung auf eigene Schultern nehmen;

b) ohne Rücksicht auf Unternehmereigenschaften namentlich die Ortsgemeinden bezw. höheren Kommunalverbände, insofern sie als Träger der Gemeindekrankenversicherung bezw. der nach § 27 ldw. G. und § 10 Bau-G. begründeten Pflichten auf ergänzende Unfallfürsorge erscheinen.

3. Unternehmer ohne Rücksicht auf ihre sonstige rechtliche Qualifikation als physische oder juristische, private oder öffentliche Personen. Es gehören dahin die außerordentlichen, namentlich ergänzenden Fürsorgerechte der §§ 12 Abs. II G.U.V.G. und 71 bezw. 72 K.V.G.

II. Allgemein notwendiger Zweck ist es für die Fürsorgeverpflichteten, diejenige Versicherung auszuführen, welche durch sie erfolgen soll, als deren „Träger" zu fungieren sie berufen sind, d. h. für die Befriedigung der ihnen obliegenden Fürsorgepflichten unter Sammlung der dafür bestimmten Beiträge aufzukommen. Daran kann sich eine Erweiterung ihres Geschäftskreises anschließen, welche vom Gesetze, sei es ausdrücklich, sei es doch dem Sinne nach[1]) für zulässig er-

---

[1]) Letzteres z. B. angenommen in bezug auf die von den Berufsgenossenschaften der Unfallversicherung in den ersten 13 Wochen nach dem Unfalle zum Zwecke besserer Heilung aufzuwendenden Kosten.

klärt ist; es gehören dahin namentlich gewisse Ausdehnungen der von ihnen zu leistenden Fürsorge nach der Seite der Personen, der Gründe, der Mittel, des Umfangs, sowie gewisse Aufwendungen oder Tätigkeiten, welche einer Verhütung der sie belastenden Fürsorge dienen.

Der Wirkungskreis der sozialpolitischen Verbände in subjektiver Beziehung wird durch ihren „Bestand“[1]) gegeben. Dieser selbst aber kann in verschiedener Kombination auf zweifacher Grundlage ruhen, auf der Einheit eines örtlichen Bezirkes einerseits und auf der Einheit berufsgenossenschaftlicher Zusammengehörigkeit andererseits. Das berufsgenossenschaftliche Element aber erscheint wiederum in doppelter Form; es entscheidet entweder, wie bei den Berufsgenossenschaften und Ortskrankenkassen, die abstrakte Gleichheit des Berufes, welche auch sonst wirtschaftliche und soziale Gruppenbildungen veranlaßt, oder, wie bei den Betriebs- und Baukrankenkassen, die Identität des konkreten, auf rechtlicher Grundlage ruhenden Arbeitsverhältnisses zu einem bestimmten Arbeitgeber bezw. Unternehmer. In den Fällen der letzteren Art verschwindet das territoriale Element völlig, während umgekehrt die Invalidenversicherungsanstalten nur für bestimmte örtliche Bezirke ohne jede Rücksicht auf berufsgenossenschaftliche Zusammengehörigkeit errichtet werden. Beide Elemente in Verbindung miteinander bestimmen den Bestand der Ortskrankenkassen und Berufsgenossenschaften; nur tatsächlich tritt die Bedeutung des einen oder anderen als Moment der Abgrenzung des Verbandes anderen gleichartigen Verbänden gegenüber um so mehr zurück, je umfassender dasselbe bei der Begründung des einzelnen Verbandes verwendet wird, so wenn Berufsgenossenschaften schließlich für das ganze Reich, gemischte Ortskrankenkassen für alle Gewerbszweige und Betriebsarten des betreffenden Bezirkes errichtet werden.

---

[1]) G.U.V.G. § 52 und die Parallelstellen.

III. In gewissem Sinne und Umfange bilden die sozialpolitischen Verbände rechtlich notwendige, untereinander zu einem Gesamtsystem verbundene Organisationen.

1. Rechtlich notwendig sind zunächst alle gedachten Verbände in dem Sinne, daß sie in ihrer Existenz mehr oder weniger unabhängig von dem Willen derjenigen Personen sind, welche durch sie zu einer Pflichten- bezw. Lastengemeinschaft zusammengefaßt werden. Sie sind bis zu gewissem, im einzelnen allerdings wechselnden Grade sämtlich Zwangsverbände.

2. Rechtlich notwendig in dem Sinne, daß sie kraft Gesetzes auch objektiv notwendig bestehen müssen, sind nur Berufsgenossenschaften und Invalidenversicherungsanstalten. Sie sind unentbehrliche Organe für die Durchführung der Arbeiterversicherung. Dagegen ist dies bei den organisierten Krankenkassen infolge des Rückhalts, der durch die Gemeindekrankenversicherung gegeben ist, nicht der Fall.

3. Wie die Berufsgenossenschaften und Invalidenversicherungsanstalten einerseits notwendig bestehen müssen, um die gesetzlich gewollte Versicherung durchzuführen, so müssen sie auch andererseits im ganzen bezw. in ihren gesetzlich besonders bestimmten Gruppen einen lückenlosen Gesamtorganismus bilden, in welchem jede versicherungspflichtige Person bezw. jeder versicherungspflichtige Betrieb von selbst seinen Platz findet. Demzufolge ist bei Begründung und Abänderung des Bestandes dieser Verbände einem das ganze Reich umfassenden Organe, dem Bundesrat, eine entscheidende Mitwirkung zugewiesen[1]).

Den gleichen lückenlosen Anschluß, wie er für die organisatorischen Verbände der einzelnen Versicherungszweige zu zweifelsfreiem und erschöpfendem Ausdruck gebracht ist,

[1]) G.U.V.G. § 52, ldw. G. § 62; Bau-G. § 14; I.V.G. § 66.

haben diese nicht auch im gegenseitigen Verhältnis zueinander aufzuweisen. Die Träger der drei verschiedenen Versicherungszweige haben hinsichtlich ihrer Kompetenzen durchaus keine scharfe Abgrenzung erfahren. Vielmehr kann eine bestimmt geartete Tätigkeit zufolge ihres Wesens und ihrer Bedeutung den Trägern verschiedener Versicherungszweige gleichzeitig zukommen. Da nun auch auf der anderen Seite die Kreise der versicherten Personen sich großenteils decken und ebenso aus dem inneren Zusammenhang des Gegenstandes wie des Inhalts der Versicherungen innige Wechselbeziehungen bestehen, so ist an sich die Möglichkeit gegeben, daß der gleiche Tatbestand auf verschiedenen Gebieten der Arbeiterversicherung als Fürsorgegrund erscheint und so von mehreren Seiten her für den betreffenden Versicherten, in dessen Person er sich verwirklicht, eine Fürsorge hervorruft. Im allgemeinen geht aber die Tendenz der sozialpolitischen Gesetzgebung dahin, einerseits Doppelversicherung, d. i. mehrfache Fürsorge aus demselben Grunde zu vermeiden, andererseits jeden Fürsorgegrund, sei es formell, sei es doch wenigstens materiell, nur auf einem Gebiete der Arbeiterversicherung zur Wirksamkeit gelangen zu lassen, und demzufolge nur von einer Seite des Systems her Fürsorge zu gewähren. Ein erstes Mittel, die Doppelwirksamkeit zu vermeiden, ist bei Zuständen, welche eine gewisse Dauer haben, die z e i t l i c h e A b g r e n z u n g der Fürsorge. Soweit nun aber eine zeitliche Abgrenzung entweder nicht möglich ist (— namentlich, weil es sich, wie bei dem Sterbegeld der Kranken- und der Unfallversicherung, nicht um eine Fürsorge für teilbare Zeiträume handelt —), oder soweit neben derselben ein Wirksamwerden des gleichen Fürsorgegrundes auf verschiedenen Versicherungsgebieten möglich bleibt, haben die Gesetze zu dem Zwecke, um die Fürsorge zu nur einmaliger Gewährung auf einen der verschiedenen an sich

haftbaren Versicherungsträger zu konzentrieren, Vorschriften getroffen, welche somit die innere Harmonie der drei Versicherungsarten sichern. Die rechtlichen Beziehungen zwischen den Trägern der drei verschiedenen Versicherungszweige sollen unter besonderer Berücksichtigung der bisherigen Rechtsprechung den Gegenstand der Erörterungen des folgenden Abschnittes bilden.

Zweiter Abschnitt.

Rechtliche Beziehungen zwischen den Trägern der einzelnen Versicherungszweige.

Teil I.

Beziehungen zwischen Krankenversicherung und Unfallversicherung[1]).

§ 18.

Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Fürsorge an die Krankenkasse.

Das Gewerbeunfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900 trifft in dem § 11 folgende Bestimmung:

> Die Berufsgenossenschaft ist befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, gegen Ersatz der ihr dadurch erwachsenden Kosten die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der 14. Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet. Zu ersetzen ist bei

---

[1]) Vergl. hierzu Hahn, „Zur Rechtslage der Krankenkassen gegenüber den Berufsgenossenschaften nach dem neuen Recht“ in Arbeiterversorgung Bd. XIX S. 41 ff.

Gewährung der im § 6 Abs. I Ziff. 1 K.V.G. bezeichneten Leistungen die Hälfte, bei Unterbringung des Verletzten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende das Einundeinhalbfache des in jenem Gesetze bestimmten Mindestbetrages des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

I. Die Übertragung kann immer nur an diejenige Krankenkasse erfolgen, welcher der Verletzte zuletzt, d. i. zur Zeit des Beginnes der Erkrankung angehört hat. Auf eine weiter zurückliegende Zeit darf nicht zurückgegriffen werden. Es ist ja an sich möglich, daß zur Zeit des Unfalles der Verletzte zwar nach dem Unfallversicherungsgesetz nicht aber nach dem Krankenversicherungsgesetz versichert war, so z. B. ein Betriebsbeamter mit mehr als 2000 Mark Gehalt (§ 1 G.UV.G. verglichen mit § 2 b K.V.G.) In solchem Falle kann die Berufsgenossenschaft die Fürsorge nicht etwa derjenigen Kasse übertragen, welcher der Verletzte früher einmal — in beliebiger Zeit vor dem Unfalle — zuletzt angehört hat.

Die Übertragung kann schon vor Ablauf der ersten 13 Wochen erfolgen. Dies wird sogar die Regel sein und muß geschehen, wenn die Krankenkasse etwa ihre Leistungen vorher eingestellt hat, ohne daß Heilung erfolgt ist[1]). Die beauftragte Krankenkasse ist, wenn sie die zuständige ist, zur Übernahme der Fürsorge verpflichtet.

II. Durch die Fassung „in demjenigen Umfange, welchen die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet" gelangt zum Ausdruck, daß die Berufsgenossenschaft den Auftrag an die Krankenkasse beliebig beschränken, andererseits auch eine erweiterte Fürsorge eintreten lassen, insbesondere nach ihrem Ermessen Krankenhauspflege anordnen kann und daß die

[1]) R. Piloty, Unfallversicherungsgesetze, S. 95.

Krankenkasse diesen Weisungen nachkommen muß. Insoweit es aber im einzelnen Falle an bestimmten Weisungen fehlen sollte und solche wegen Dringlichkeit nicht eingeholt und abgewartet werden können, hat die Kasse nach eigenem pflichtmäßigen Ermessen zu handeln; ja sie kann in derartigen Fällen sogar von den ausdrücklichen Weisungen der Berufsgenossenschaft abweichen, z. B. entgegen dem empfangenen Auftrage, eine durch die Sachlage gebotene Krankenhauspflege einleiten, wenn sie den Umständen nach annehmen darf, daß die Berufsgenossenschaft bei Kenntnis der Sachlage die Abweichung billigen würde; ob dann die Berufsgenossenschaft die Anordnung der Krankenkasse etwa tatsächlich nicht billigt, kommt nicht in Betracht. (§§ 665, 679, 681 B.G.B.)

Die Berufsgenossenschaft haftet für die so etwa erwachsenen Mehrkosten nach Maßgabe des § 11 Abs. I G.U.V.G. (vergl. §§ 670, 683 B.G.B.)[1]).

III. Als Pauschalersatz, der seitens der Berufsgenossenschaft an die Krankenkasse in Erstattung ihrer Aufwendungen zu gewähren ist, gilt für ärztliche Behandlung und Heilmittel die Hälfte des im Krankenversicherungsgesetze bestimmten Mindestbetrages des Krankengeldes, welches der Verletzte von der Gemeindekrankenversicherung nach Maßgabe des § 6 Ziff. 3, bezw. von einer organisierten Kasse nach Maßgabe des § 20 Ziff. I unter Berücksichtigung seiner Lohnklasse, nicht aber unter Berücksichtigung statutarischer Erhöhungen des Krankengeldes erhalten müßte. Die Leistung der Rente kann die Berufsgenossenschaft sich vorbehalten[2]).

Ist der Verletzte in ein Krankenhaus untergebracht worden, so tritt als Pauschalabgeltung das Einundhalbfache

[1]) Erk. preuß. O.V.G. vom 23. April 1898, Arb.V. 1898 S. 373 = Reger Bd. XIX S. 442.

[2]) A. N. Bd. II S. 133 (184).

jenes Krankengeldes ein. Die Pauschalierung findet in jedem Falle nur Anwendung, „sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.“ Die Pauschalierung hat nicht den Zweck, den Kassen einen Vorteil auf Kosten der Berufsgenossenschaft zu verschaffen, sondern nur ihnen schwierige Spezialliquidationen zu ersparen. Wollen und können sie sich im einzelnen Fürsorgefalle dabei nicht bescheiden, so müssen sie die ganze Rechnung aufmachen; das trifft auch zu, wenn sie neben der eigentlichen Krankenhauspflege Barleistungen gewährt haben. Freiwillige Leistungen der Krankenkasse sind ihr indessen nicht zu ersetzen.

Die Bedeutung dieser Übertragung der Fürsorge hat sich infolge der Ausdehnung der Krankenversicherung auf Grund der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903 geändert. Denn da die Krankenkassen nunmehr kraft Gesetzes ihre Leistungen auf die Dauer von 26 Wochen zu erstrecken haben, so bedarf es während dieser Zeit keiner Übertragung und es entsteht auch kein Ersatzanspruch.

IV. Streitigkeiten sowohl wegen der Übertragung als auch wegen des Ersatzanspruches sind im Verwaltungsrechtsweg zu erledigen. Die Krankenkassen stehen auch hinsichtlich der Durchführung der übertragenen Fürsorge unter der regelmäßigen Aufsicht der staatlichen Verwaltungsbehörde.

§ 19.

Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft.

I. Wie Berufsgenossenschaften und Versicherte einerseits ein Interesse daran haben, daß die einmal begonne Behandlung nicht willkürlich unterbrochen und geändert werde, und aus diesem Grunde die Übertragung der Unfallfürsorge durch

die Berufsgenossenschaft an die Krankenkasse erfolgen kann, so haben ebendieselben andererseits ein Interesse daran, daß der Verletzte von Anfang an, d. i. unmittelbar nach dem Unfall, eine möglichst zweckmäßige Heilbehandlung erhält. Da diese Behandlung den Versicherten gegenüber während der ersten Wochen nach Eintritt des Unfalls in der Regel den Krankenkassen obliegt, so kommt den Berufsgenossenschaften eine Einwirkung auf diese Behandlung zu. Die Berufsgenossenschaften haben nun zwar kein Aufsichtsrecht gegenüber den Krankenkassen. Wohl aber kann der Träger der Unfallversicherung, wenn dies durch das Interesse des Versicherten oder durch sein (des Versicheres) Interesse als geboten erscheint, die Krankenfürsorge in denjenigen Krankheitsfällen, welche durch Betriebsunfall verursacht sind, von Anfang seit Eintritt des Unfalls an oder von einem späteren Zeitpunkt ab während der ersten 13 Wochen, vom Träger der Krankenversicherung übernehmen. (Kr.V.G. § 76 c, G.U.V.G. § 11, II—IV.) Diese Übernahme ist keine vertragsmäßige; die Krankenkasse und der Versicherte müssen sich dieselbe gefallen lassen, sobald die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen und die Berufsgenossenschaft eine diesbezügliche Erklärung abgibt. Zustimmung der Krankenkasse zur Übernahme des Heilverfahrens ist nicht erforderlich, vielmehr genügt die einseitige Erklärung der Übernahme durch die Berufsgenossenschaft. Für die Berufsgenossenschaft ist die Übernahme ein Recht, keine Pflicht. Ist die Übernahme aber einmal erfolgt, so kann sie bis zur Erledigung oder bis zum Eintritt der Unfallversicherung (vgl. §§ 9, 15 G.U.V.G.) nicht mehr zurückgenommen werden[1]. Die Übernahme kann sich nur auf die ganze Krankenfürsorge,

---

[1]) R. Piloty und Redenbacher, Krankenversicherungsgesetz, S. 338.

wie sie der betreffenden Krankenkasse nach Maßgabe des Krankenversicherungsgesetzes obliegt, erstrecken, eine teilweise Übernahme ist unzulässig.

II. Mit der Übernahme des Heilverfahrens tritt die Berufsgenossenschaft in alle Verpflichtungen ein, welche der Krankenkasse dem Verletzten gegenüber obliegen, insbesondere auch in die Pflicht zur Bezahlung von Krankengeld, sofern nicht Unterstützung nach § 7 geleistet wird und wenn dies der Fall, in die Verpflichtung zur Zahlung von Angehörigenunterstützung nach § 7 Abs. II K.V.G.[1]).

III. Der Träger der Unfallversicherung hat gegen die Krankenkasse Anspruch auf das dem Verletzten nach Gesetz und Statut zustehende Krankengeld einschließlich der Krankengelderhöhung nach G.U.V.G. § 12, nicht aber auch auf den Betrag der Angehörigenunterstützung nach § 7 K.V.G.[2]). — Dieser Anspruch besteht auch dann, wenn der Verletzte an sich nicht erwerbsunfähig, infolge des Heilverfahrens aber an der Ausübung seiner Berufstätigkeit gehindert ist[3]). Eine Vergütung für die Gewährung freier ärztlicher Behandlung, Arznei und anderer Heilmittel kann die Berufsgenossenschaft nicht fordern[4]). — Dieselbe kann das Krankengeld auch keinesfalls für einen längeren Zeitraum als bis zum Ende der 13. Woche nach Eintritt des Unfalls beanspruchen, denn von diesem Zeitpunkte an hat sie nach G.U.V.G. § 9 selbst für das Heilverfahren aufzukommen.

IV. Eine gleiche Übernahmebefugnis, wie sie gegenüber den Krankenkassen besteht, haben die Berufsgenossenschaften auch gegenüber dem Betriebsunternehmer. In denjenigen Fällen nämlich, in welchen der Verletzte nicht nach dem

[1]) Reger Bd. XVII S. 53, 301.

[2]) Reger Bd. XVII S. 53, 301.

[3]) Reger Bd. XVII S. 53.

[4]) Reger Bd. XX S. 63.

Krankenversicherungsgesetz versichert und daher gemäß § 12 Abs. II G.U.V.G. für die ersten 13 Wochen vom Unternehmer zu versorgen ist, kann die Berufsgenossenschaft die dem Unternehmer obliegenden Leistungen ganz oder teilweise statt desselben übernehmen.

Der Unternehmer hat dafür Ersatz zu leisten und zwar für ärztliche Behandlung nebst Heilmitteln u. s. w. Pauschalersatz in Höhe desjenigen halben Krankengeldes, welches dem Verletzten bei der Gemeindekrankenversicherung zustehen würde.

§ 20.

Ergänzung der Krankenfürsorge.

Der Regel nach darf die Berufsgenossenschaft den Ablauf der 13. Woche seit Eintritt des Unfalls abwarten, um sich zu entscheiden, ob eine Teilrente zu gewähren sei. Diese regelmäßige Dauer von 13 Wochen für die Karenzzeit verkürzt sich aber und es ist die Unfallrente schon vor deren Ablauf zu gewähren, wenn der Anspruch eines durch Betriebsunfall Verletzten auf Krankengeld vor dem Ablauf von 13 Wochen in Wegfall kommt. Der Fall ereignet sich, wenn Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung nicht mehr vorliegt, Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne der Unfallversicherung aber noch besteht. Beim Fortfall des Krankengeldes, aber weiter bestehender Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit in den ersten 13 Wochen ist der Anspruch auf Teilrente obligatorisch nach dem Gesetz unter der Voraussetzung begründet, daß die Beeinträchtigung über die 13. Woche hinaus andauert; durch Statut kann diese Leistung für obligatorisch erklärt werden, auch wenn die verbliebene Beschränkung der Erwerbsfähigkeit die ersten 13 Wochen voraussichtlich nicht überdauert (§ 13 Abs. I u. II G.U.V.G.). Die Feststellung der zu gewährenden Unfall-

rente wird regelmäßig unmittelbar nach Einstellung des Krankengeldbezuges, also vor Ablauf der ersten 13 Wochen zu erfolgen haben. Die Feststellung hat nach dem Stande der Erwerbsfähigkeit zur Zeit der Einstellung des Krankengeldbezuges zu geschehen. Den Anspruch auf Unfallrente hat der Verletzte und kann derselbe auch in der Geltendmachung nicht durch die Krankenkasse vertreten werden [1].

Die Berufsgenossenschaft ist zur Rentenleistung während der Karenzzeit gemäß Abs. I a. a. O. nur dann verpflichtet, wenn der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld weggefallen ist, wenn also die Krankenkasse ihre Leistungen mit Recht eingestellt hat. Aus § 13 Abs. III ist nicht zu folgern, daß die Berufsgenossenschaft auch dann Rente zu leisten hat, wenn der Versicherte Krankengeld überhaupt nicht bezogen hat oder die Einstellung zu Unrecht erfolgt ist [2]. Abs. III ermächtigt nur die Berufsgenossenschaft, auch in diesem Falle die Rente zu gewähren und gibt ihr, falls sie es tut, einen Ersatzanspruch durch cessio legis [3].

§ 21.

Zusammentreffen von Ansprüchen an die Krankenkasse und an die Berufsgenossenschaft.

I. Seit der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903 schließen Kranken- und Unfallfürsorge nicht mehr aneinander an. Vom Beginn der 14. bis zum Ablauf der 26. Woche konkurrieren die beiden Versicherungen und gehen die Verpflichtungen aus beiden Versicherungen

---

[1] R. Piloty, Unfallversicherungsgesetze, S. 101.

[2] R. Piloty, Unfallversicherungsgesetze, S 102; A. M. Hahn in Arb.V. Bd. XIX S. 45.

[3] Zu vergl. A. N. 01 S. 363 (1854) = Reger Bd. XXI B. 35; A. N. 01 S. 599 (1881).

grundsätzlich nebeneinander her. Auch für den Fall, daß die Krankenkasse nach ihrem Statut für längere Zeit als 26 Wochen zu Leistungen verpflichtet ist (K.V.G. § 21 Abs. I Ziff. 1, §§ 64, 72, 73), bestehen diese neben solchen der Berufsgenossenschaft, es sei denn, daß die Krankenkasse in ihrem Statut Einschränkung ihrer Fürsorge im Hinblick auf diejenige der Unfallversicherung vorgesehen hat. Dem Verletzten gegenüber haften die Träger der Krankenversicherung und der Unfallversicherung nach Maßgabe der betreffenden Gesetze in der Weise solidarisch, daß keiner die Zahlung unter Hinweis auf die gleiche Verpflichtung des anderen ablehnen darf.

II. Im Verhältnis der Träger der Versicherung untereinander ist das Rechtsverhältnis in der Weise geordnet, daß die Last endgültig den Trägern der Unfallversicherung verbleibt und den Krankenkassen in diesen Fällen eine Erleichterung erwächst. Hat daher eine Krankenkasse für einen Zeitraum, für welchen dem Verletzten nach Maßgabe der Unfallversicherungsgesetze ein Entschädigungsanspruch zustand oder noch zusteht, Unterstützung gewährt, so ist dieser hierfür durch Überweisung von Rentenbeträgen Ersatz zu leisten. Über den Umfang der Ersatzansprüche enthalten die Unfallversicherungsgesetze eingehende Bestimmungen (G.U.V.G. §§ 25—27, ldw. G. §§ 30—32, Bau-G. § 9 und ergänzend K.V.G. § 20 Abs. V).

III. Zu besonderen Erörterungen bei Regelung des Ersatzanspruches an die Krankenkasse seitens der Berufsgenossenschaft haben die Worte des § 25 Abs. II G.U.V.G. „Überweisung von Rentenbeträgen" Anlaß gegeben. Abhandlungen in der Arbeiterversorgung — so die obenerwähnte von Hahn in Bd. XIX S. 41 ff., ferner von J. Keidel Bd. XVIII S. 112 ff., dann von O. Schienke Bd. XX S. 781/82 — führen aus, daß hier lediglich eine ungenaue Fassung des

Gesetzes vorliege und daß die Überweisung von Entschädigungsbeträgen überhaupt, also auch der Anspruch auf die Kosten des Heilverfahrens hierunter zu verstehen sei. Entgegen diesen Auffassungen hält sich das preußische Oberverwaltungsgericht in seiner in Nr. 30 der Arb.V. 1903 abgedruckten Entscheidung vom 20. April 1902 an den Wortlaut des Gesetzes, daß es sich bei der Ersatzleistung ausschließlich um die Überweisung von Rentenbeträgen handle. Den gleichen Standpunkt vertritt R. Piloty (s. Unfallversicherungsgesetze S. 125), der darauf hinweist, daß auch in § 25 Abs. V und § 26 Abs. I G.U.V.G. ausdrücklich Rentenbeträge als Ersatz für Leistungen der in § 25 Abs. III G.U.V.G. bezeichneten Art angegeben sind.

Der Ersatzanspruch der Krankenkasse hat Einheit des Leistungsgrundes, d. i. Hilfsbedürftigkeit infolge desselben Unfalls, welcher die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft begründet, zur Voraussetzung. Er besteht nur für Leistungen aus dem Zeitraum, in welchem sowohl Krankenkasse als auch Berufsgenossenschaft unterstützungspflichtig war[1]).

IV. Streitigkeiten, welche über den Anspruch auf Überweisung von Rentenbeträgen zwischen den Beteiligten entstehen, sind nach § 26 Abs. II G.U.V.G. im Verwaltungsstreitverfahren, eventuell durch die Aufsichtsbehörde zu entscheiden.

Bei dem Streit zwischen der Krankenkasse und der Berufsgenossenschaft ist von vornherein der Fall auszuscheiden, daß die Berufsgenossenschaft den Anspruch des Verletzten, dessen Überweisung die Kasse für sich fordert, überhaupt — dem Grunde oder der Höhe nach — bestreitet. Diese Frage kann immer nur vor den Unfallversicherungsinstanzen

[1]) A. N. 02 S. 240 (1490) = Reger, Bd. XVI S. 22.

zum Austrage gebracht werden. Der Streit über „den Anspruch auf Überweisung von Rentenbeträgen", wovon in § 26 Abs. II. G.U.V.G. die Rede ist, setzt den Anspruch des Verletzten auf diese Beträge als unstreitig oder bereits festgestellt voraus, und sofern in jenem Streitverfahren die Vorfrage nach letzterem Anspruche sich als gleichfalls streitig erweisen sollte, würde jener Prozeß bis zur Erledigung dieser Vorfrage durch die zuständigen Instanzen (Genossenschaftsorgan, Schiedsgericht, Reichs- bezw. Landesversicherungsamt) auszusetzen sein.

V. Der Ersatzanspruch der Krankenkasse wird dadurch verwirklicht, daß ihr der Anspruch des Verletzten gegen die Berufsgenossenschaft übertragen wird; aber der Übergang dieses Anspruches auf die Kasse vollzieht sich nicht von selbst, kraft der bloßen Tatsache der Unterstützung, sondern es ist dazu ein besonderer Übertragungsakt, die Überweisung von seiten der Berufsgenossenschaft erforderlich. Die Ersatz beanspruchende Krankenkasse kann die Feststellung der Unfallentschädigung für den von ihr Unterstützten selbständig — auch ohne Mitwirkung des Verletzten — bei dem zuständigen Genossenschaftsorgan betreiben, da die Unfallrenten gemäß § 71 G.U.V.G. von Amts wegen, also auch ohne Antrag festzustellen sind. Der zu erteilende Bescheid freilich kann, weil eben vor der Überweisung eine Rechtsnachfolge noch nicht begründet ist, nur an den Berechtigten selbst oder seine Rechtsnachfolger (Erben) ergehen, aber er wird der Kasse mitzuteilen sein. Gegen die Ablehnung der Bescheiderteilung findet Beschwerde beim Reichsversicherungsamt statt. Gegen den Bescheid selbst aber kann die Kasse wegen ihres rechtlichen Interesses an dem Obsiegen des Versicherten im Wege der Nebenintervention selbständig Rechtsmittel einlegen, wie sie auch dem vom Versicherten selbst betriebenen Feststellungsverfahren in jeder Lage desselben beitreten kann (§ 66

Z.P.O., Landmann-Rasp-Graßmann, Kom. zum I.V.G. Anm. 1 zu § 50.

Fällt also der Streit über den Anspruch auf Unfallentschädigung selbst nicht in den Rahmen einer nach § 26 Abs. II G.U.V.G. zu entscheidenden Streitigkeit, so findet diese Bestimmung im Verhältnis einer Krankenkasse zur Berufsgenossenschaft dann Anwendung, wenn die Genossenschaft den Anspruch auf Überweisung bestreitet, z. B. wenn sie geltend macht, daß sie die Beträge, deren Überweisung gefordert wird, dem Verletzten bereits bezahlt oder einem anderen nach ihrer Meinung besser berechtigten „Ersatzfordernden" überwiesen habe, während die Krankenkasse die Zahlung, bezw. Überweisung nicht gelten lassen will, weil dieselbe erst nach bereits erfolgter Anmeldung ihres Ersatzanspruches erfolgt sei; oder z. B. wenn die Genossenschaft die Überweisung nach Maßgabe des § 25 Abs. IV und V beschränkt, obwohl die Kasse die Zustimmung des Versicherten zu unbeschränkter Überweisung beigebracht hat.

VI. Für das Sterbegeld hat die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903 in § 20 Abs. V die Anordnung getroffen, daß im Falle der Konkurrenz der Krankenkasse das geleistete Sterbegeld durch die Berufsgenossenschaft zu ersetzen ist.

Teil II.

Beziehungen zwischen Krankenversicherung und Invalidenversicherung.

§ 22.

Nebeneinanderbestehen von Ansprüchen an die Krankenkasse und an die Invalidenversicherungsanstalt.

Ist eine Person gleichzeitig gegen Krankheit und gegen Invalidität versichert, so ist ein Nebeneinanderbestehen von

Ansprüchen aus beiden Arten der Versicherung möglich. Dies gilt namentlich dann, wenn die Leistungen der Krankenversicherung gemäß § 21 Abs. I Ziff. 1 (§§ 64, 72, 73) K.V.G. über die 26. Woche hinaus auf einen längeren Zeitraum ausgedehnt worden sind und von der 26. Woche ab bereits ein Anspruch auf Krankenrente nach Maßgabe des § 16 J.V.G. besteht. In diesem Falle sind die Leistungen der Krankenversicherung (also nicht nur ärztliche Behandlung, Arznei und Heilmittel, sondern auch das statutenmäßige Krankengeld) von der 26. Woche ab neben der Invalidenrente zu gewähren, da den Krankenkassen durch das Invalidenversicherungsgesetz ein Ersatzanspruch nicht eingeräumt ist. Dies ist nur bezüglich der Gemeinden- und Armenverbände der Fall (J.V.G. §§ 49—51). Es erfolgt also, sofern die gesetzlichen bezw. statutarischen Voraussetzungen gegeben sind, weder für die Versicherten eine Minderung des einen oder des anderen Anspruches noch ein Übergang des Anspruches aus der einen Versicherung auf den Träger der anderen Versicherung.

§ 23.

Übernahme des Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt.

Die Versicherungsanstalten sind nach näherer Bestimmung der §§ 18—23 befugt, für ihre versicherten Personen einen Teil der den Krankenkassen obliegenden Leistungen zu übernehmen. Nach dieser Richtung hin hat das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 das Ineinandergreifen der Fürsorge und der Organisation nach Möglichkeit gefördert.

Der § 12 Abs. I des Invaliditätsaltersversicherungsgesetzes vom 22. Juni 1889 hatte gelautet:

„Die Versicherungsanstalt ist befugt, für einen erkrankten der reichsgesetzlichen Krankenfürsorge nicht unterliegenden Versicherten das Heilverfahren in dem in § 6 Abs. I Ziff. 1 des K.V.G. bezeichneten Umfange zu übernehmen, sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet."

Durch die neue Fassung, welche diese Bestimmung in dem § 18ff. des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 erfahren hat, wird die Befugnis der Versicherungsanstalten, durch ein geeignetes Heilverfahren dem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit vorzubeugen, erweitert und näher ausgeführt. Die Erweiterung besteht wesentlich darin, daß die Versicherungsanstalt, wenn die Erwerbsunfähigkeit sich schon vor Ablauf der ersten 26 Wochen als eine voraussichtlich dauernde herausstellt, das Heilverfahren eintreten lassen kann: 1. nicht nur bei den der reichsgesetzlichen Krankenfürsorge nicht unterliegenden Versicherten, sondern auch bei Mitgliedern von Krankenkassen; 2. bei beiden Kategorien nicht nur im Umfange des § 6 Abs. I Ziff. 1 K.V.G., sondern in dem ihr geeignet erscheinenden Umfange, insbesondere 3. bei beiden Kategorien auch durch Unterbringung in einer Kranken- oder Rekonvaleszentenanstalt (mit der aus § 18 Abs. II S. 2 folgenden Beschränkung).

I. Die Übernahme des Heilverfahrens ist auch jetzt, wie nach dem J.A.V.G. nur ein Recht, nicht eine Pflicht der Versicherungsanstalt[1]); insbesondere begründet die Ablehnung eines Heilverfahrens für die Versicherungsanstalt nicht die Verpflichtung zur Gewährung einer Invalidenrente[2]). —

---

[1]) Reger Bd. XVI Bd. 135.

[2]) A. N. Nr. 213 S. 57 = Reger Bd. XIII B. 30.

Die Zustimmung der Krankenkasse ist zur Einleitung des Heilverfahrens nicht erforderlich[1]).

Der Umfang des Heilverfahrens ist hinsichtlich des Maßes und der Zeitdauer der Festsetzung der Versicherungsanstalt überlassen und nur durch den Zweck der Fürsorge „Abwendung dieses Nachteils“ bestimmt.

II. Die Ausführung des Heilverfahrens erfolgt, vorbehaltlich der Ersatzansprüche, ausschließlich auf Kosten der übernehmenden Versicherungsanstalt. Die Verfügung der letzteren hat für die gegen Krankheit versicherten Personen die Wirkung, daß die Krankenkasse ihrer Leistungen unmittelbar enthoben wird. Alle Verpflichtungen der Krankenkasse gehen auf die Versicherungsanstalt über: also neben der Pflicht zur Leistung freier ärztlicher Behandlung, Arznei und Krankengeld auch die nach § 7 Abs. II K.V.G. zu leistenden Bezüge an Angehörige des im Krankenhaus untergebrachten Erkrankten, sowie das nach statutarischer Bestimmung auf Grund des § 21 Abs. I Ziff. 2a u. 3 K.V.G. zu gewährende besondere Krankengeld.

III. Die Versicherungsanstalt hat dafür als Ersatz von der Krankenkasse den Betrag desjenigen Krankengeldes zu fordern, welches der Versicherte von der Krankenkasse hätte beanspruchen dürfen. (§ 18 Abs. III J.V.G.)

Der Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt gegen die Krankenkasse hat zur ersten Voraussetzung, daß die Versicherungsanstalt nach § 18 Abs. I zur Übernahme des Heilverfahrens berechtigt war[2]). Weitere Voraussetzung ist, daß der Versicherte, welchem das Heilverfahren gewährt

---

[1]) Erk. preuß. O.V.G. vom 27. November 1902, Arb.V. 03 S. 310 = Reger Bd. XXIV S. 145.

[2]) Erk. preuß. O.V.G. vom 17. Oktober 1901, Arb.V. 02 S. 84; vom 17. April 1902, Arb.V. S. 621 = Reger Bd. XXII S. 389 = A. N. 02 S. 652.

wurde, gegen die Krankenkasse Anspruch auf Krankengeld hat. Ein solcher Anspruch besteht bei den der reichsgesetzlichen Krankenversicherung angehörenden Personen nur, wenn sie erwerbsunfähig im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes sind.

Ob Erwerbsunfähigkeit vorliegt, bestimmt sich nach dem objektiven Zustande des Kranken, nicht nach seinem persönlichen Verhalten noch auch nach der Art seiner Unterbringung[1]). — Über den Begriff der Erwerbsunfähigkeit vergl. oben § 7. Erwerbsunfähigkeit liegt auch vor, wenn durch Fortsetzung der Arbeit Verschlimmerung der Krankheit zu befürchten ist[2]).

Der Erstattungsanspruch der Versicherungsanstalt gegen die Krankenkasse, deren Fürsorge die Versicherungsanstalt auf ihre Kosten übernommen hat, ist dahin geregelt, daß der Versicherungsanstalt nur eine Ersatzforderung in Höhe des für den Versicherten selbst von der Krankenkasse zu gewährenden Krankengeldes zusteht. Der Ersatz tritt an die Stelle **sämtlicher** Leistungen, welche die Anstalt kraft der Schuldübernahme gewähren mußte und gewährt hat. Eine Vergütung für die auf die Versicherungsanstalt übergehende Gewährung der ärztlichen Behandlung und Arznei und ebenso eine Vergütung der Angehörigenunterstützung bei Krankenhauspflege hat sie nicht zu beanspruchen. Vorausgesetzt ist aber für den Krankengeldanspruch des Kassenangehörigen und damit auch für den Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt gemäß § 6 Abs. I Ziff. 2 K.V.G., daß während der für § 18 Abs. III J.V.G. maßgebenden Zeit Erwerbsunfähigkeit des Versicherten im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes vorlag[3]). — Diese Voraussetzung

---

1) **Reger** Bd. XXII S. 236.

2) **Reger** Bd. XXII S. 389.

3) Erk. preuß. O.V.G. vom 17. Oktober 1901, Arb.V. 02 S. 83 = A. N. 02 S. 176; vom 17. April 1902, Arb.V. S. 621; Erk.

ist nicht schon damit gegeben, daß der von der Anstalt in ein Krankenhaus Untergebrachte während des Aufenthalts dortselbst tatsächlich nicht arbeiten konnte[1]), andererseits aber auch dadurch nicht unbedingt ausgeschlossen, daß der Versicherte bis zu seiner Unterbringung tatsächlich gearbeitet hat[2]). — Die Höhe des Krankengeldanspruches bestimmt sich nach den maßgebenden gesetzlichen und statutarischen Normen. Im übrigen können irgendwelche Verzichtserklärungen des Versicherten der Krankenkasse gegenüber die Ersatzforderung der Versicherungsanstalt nicht beeinträchtigen[3]).

„Während des Heilverfahrens ist für solche Angehörigen des Versicherten, deren Unterhalt dieser bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat", eine Unterstützung zu zahlen. (§ 18 Abs. IV J.V.G.) Voraussetzung dieses dem Versicherten selbst, nicht seinen Angehörigen zustehenden Anspruches[4]) ist, daß die Versicherungsanstalt das Heilverfahren durch Unterbringung des Erkrankten in einem Kranken- oder Rekonvaleszentenhause oder bei sonst angeordneter Trennung von seinen Angehörigen hat eintreten lassen. Dies kann nach dem Zusammenhange der Vorschrift mit § 7 Abs. II K.V.G. nicht zweifelhaft sein[5]).

sächs. O.V.G. vom 4. Oktober 1902, Reger Bd. XXIII S. 284. In dem Erk. vom 17. April 1902 wird ausdrücklich unter Bezugnahme auf Entsch. Bd. XVIII S. 355 hervorgehoben, daß auch für das K.V.G. Erwerbsunfähigkeit vorliegt, wenn der Kranke nur mit Gefahr einer Verschlimmerung seines Leidens zu arbeiten vermochte.

[1]) Erk. preuß. O.V.G. vom 17. Oktober 1901, Arb.V. 02 S. 84.

[2]) Erk. sächs. O.V.G. vom 4. Oktober 1902 = Reger Bd. XXIII S. 284, auch Erk. preuß. O.V.G. vom 17. April 1902, Arb.V. 02 S. 621.

[3]) Erk. preuß. O.V.G. vom 27. November 1902, Arb.V. 03 S. 310 = Reger Bd. XXIV S. 145.

[4]) H. Rosin, Das Recht der Arb.V., S. 475, A. N. 01 S. 390, A. N. 02 S. 599, Reger Bd. XXII B. 111.

[5]) A. N. 00 S. 839, A.N. 02 S. 600; Reger Bd. XXII B. 111.

Die Höhe der Angehörigenunterstützung ist in § 18 Abs. IV S. 2 geregelt. Es ist darnach zu unterscheiden:

a) Der Versicherte „unterlag bis zum Eingreifen der Versicherungsanstalt der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge." Dann beträgt die Angehörigenunterstützung die Hälfte desjenigen Krankengeldes, auf welches der betr. Kassenangehörige nach Gesetz oder Statut während der gesetzlichen Dauer der Krankenunterstützung gegen die Krankenkasse Anspruch hatte[1].) — Ist aber das Angehörigenkrankengeld, auf welches gemäß § 18 Abs. III der Versicherte gegen die Versicherungsanstalt kraft ihrer Schuldübernahme Anspruch hat, höher als der in § 18 Abs. IV normierte Betrag, was jetzt z. B. gemäß § 21 Abs. I Ziff. 2a K.V.G. in der Fassung des Gesetzes v. 25. Mai 1903 geschehen kann, so bleibt dessen Zahlung während der Dauer dieses Anspruches durch § 18 Abs. IV unberührt[2]).

b) Besaß der Versicherte überhaupt keinen Anspruch auf Krankenfürsorge, sei es, daß der Erkrankte entweder gegen Krankheit nach Reichs- oder Landesgesetz von Anfang an nicht versichert war oder daß die Zeit, für welche die Krankenversicherung eintritt, bereits abgelaufen ist oder daß die Kasse, welcher er angehörte, kein Krankengeld gewährt (wie bei der württembergischen Krankenpflegeversicherung nach dem Gesetz v. 16. Dez. 1888), so beträgt die Angehörigenunterstützung ein Viertel des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter. Für die Ortsüblichkeit kommt der letzte Beschäftigungsort in Betracht, wenn der Versicherte (§ 18) während einer für seine Versicherung kausalen[3]) Beschäftigung erkrankte, sonst der Ort seines letzten Aufenthalts.

[1]) Reger Bd. XXI S. 36.

[2]) H. Rosin, Das Recht der I. und A.V., S. 1006.

[3]) Das ist eine solche, welche Zwangsversicherung oder Selbstversicherungsrecht begründet; H. Rosin, Das Recht der I. und A.V., S. 1006.

„Wenn der Versicherte Invalidenrente erhält, kann dieselbe auf die Angehörigenunterstützung angerechnet werden.“ (§ 18 Abs. IV Schlußsatz J.V.G.) An sich besteht ja ein Anspruch auf Invalidenrente nach §§ 15, 16 J.V.G. ohne Rücksicht auf ein Heilverfahren. Die Anrechnung derselben auf die Angehörigenunterstützung steht im Ermessen der Versicherungsanstalt. Ist die Angehörigenunterstützung höher als die Invalidenrente, so muß der Überschuß der ersteren neben der letzteren bezahlt werden. Die Anrechnung ist auch zulässig, wenn die Invalidenrente erst nachträglich für den Zeitraum gewährt wird, in welchem Angehörigenunterstützung bezogen wurde[1]).

§ 24.

Übertragung des Heilverfahrens seitens der Versicherungsanstalt auf die Krankenkasse.

Während der § 18 J.V.G. sich mit Durchführung des Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt selbst befaßt, regelt der § 19 die Übertragung des Heilverfahrens seitens der Versicherungsanstalt auf die Krankenkasse. Die Krankenkasse kann dadurch zum Hilfsorgan der Versicherungsanstalt werden, daß diese während der Dauer der gesetzlichen bezw. statutarischen Fürsorgepflicht der Krankenkasse in deren Heilverfahren eintritt, oder dadurch, daß sie der Krankenkasse nach Beendigung ihrer Fürsorgepflicht die weitere Fürsorge überträgt.

I. Vorausgesetzt für die Übertragung des Heilverfahrens seitens der Versicherungsanstalt an die Krankenkasse ist zunächst, daß der Erkrankte einer der in § 166 mit 20 J.V.G. bezeichneten Krankenkassen „angehört oder zuletzt angehört hat.“ Durch die Übertragung des Heilverfahrens an die

---

[1]) Reger Bd. XXIII S. 77.

Krankenkasse wird diese Bevollmächtigte[1]) der Versicherungsanstalt und zwar auch insoweit, als mit demselben zugleich objektiv ihre eigenen Verpflichtungen erfüllt werden.

II Demgemäß bestimmt sich von nun an Zeitdauer und Umfang des Heilverfahrens nach dem, was „die Versicherungs-Anstalt für geboten erachtet“, einschließlich aber auch desjenigen, was die Versicherungsanstalt, so lange sie überhaupt das Heilverfahren dauern läßt, nach § 18, Abs. III und IV dem Versicherten an Leistungen gewähren muß. Daher kann der Umfang des Heilverfahrens, unter Ausschluß jeder Kompensation mit dem Mehrgebotenen, jedenfalls niemals unter das Maß der bestehenden Kassenverpflichtungen herabgehen, während andererseits Angehörigenunterstützung bei Krankenhauspflege auch nach Beendigung der kassenmäßigen Unterstützungsdauer zu leisten ist[2]).

III. Der Ersatz, welchen die Versicherungsanstalt der Krankenkasse zu leisten hat, ist in § 19, Satz 2, 3 in einer Weise geregelt, welche gegenüber § 18, Abs. III für erstere gewisse Vorteile in sich schließt[3]).

a) So lange die gesetzlichen oder statutarische Fürsorgepflicht der Krankenkasse ihrer Dauer nach mit dem Heilverfahren zusammenfällt, hat die Versicherungsanstalt der Krankenkasse die Kosten für die über deren eigene Verpflichtungen hinausgehenden Mehrleistungen zu ersetzen. (§ 19, Satz 2.) Die Berechnung ist einfach, so lange es sich bei qualitativer Gleichheit der Fürsorgemittel um eine rein quantitative Vergleichung handelt. Hat aber die Versicherungersanstalt Krankenhausbehandlung angeordnet, so ist zu beachten, daß deren Kosten der Krankenkasse nur ins Kredit, nicht aber ins Debet gesetzt werden können, sofern

[1]) H. Rosin, Das Recht der J. und A.V., S. 1009.

[2]) Erk. bayer. V.G.H. vom 20. Oktober 02, Reger Bd. XXII S. 473.

[3]) Reger Bd. XXII S. 468 Anm.

die Unterbringung im Krankenhause gemäß § 7 K.V.G. nicht Pflicht, sondern nur freier Wille der Krankenkasse ist[1]). In das Debet gehören dann nur die in § 6, Abs. I, Ziff. 1, 2 K.V.G. bezeichneten Prinzipalleistungen, einschließlich des Krankengeldes, in gesetz- und statutenmäßiger Höhe, und zwar die Kosten für ärztliche Behandlung dann auch nicht, wenn die Kasse dieselbe durch festbesoldete Ärzte gewährt und daher der einzelne Krankheitsfall keine besonderen Kosten veranlaßt.[2])

b) „Bestand eine Fürsorgepflicht der Krankenkasse" während einer bestimmten Zeit des Heilverfahrens nicht mehr, so ist für diese Zeit in erster Linie in der Form eines präsumtiven Pauschquantums Ersatz zu leisten. Dasselbe wird durch Bezugnahme auf „das Krankengeld" bestimmt. Da aber ein Anspruch auf solches in diesem Falle dem Erkrankten nicht mehr zustand, so kann nach Analogie von § 18, Abs. IV J.V.G. nur dasjenige Krankengeld gemeint sein, welches derselbe für diese Krankheit während der gesetzlichen Dauer der Krankenunterstützung zu fordern hatte. Gewährt die Kasse überhaupt kein Krankengeld so wird wiederum nach Ana-

---

[1]) Erk. bad. V.G.H. vom 8. Juli 02, Arb.V. 03 S. 231 und 731 = Reger Bd. XXIII S. 285; Erk. bayer. V.G.H. vom 20. Oktober 02, Reger Bd. XXII S. 468 und vom 3. November 02, Reger Bd. XXII S. 474. Für Bayern kommt aber in Betracht, daß der bayerische Verwaltungsgerichthof unter Umständen auch eine Pflicht zur Krankenhauspflege anerkennt, wenn nämlich „ausreichende ärztliche Hilfe nach § 6 Abs. I Ziff. 1 nach Natur und Schwere der Krankheit nur in einem Krankenhaus oder in einer diesem gleichzuachtenden Anstalt (Klinik u. s. w.) geboten werden kann"; vergl. d. Entsch. bei Reger Bd. XX S. 440, Bd. XXII S. 474 und die Anm. Bd. XXII S. 350 und 470. Doch wird „die Überführung in ein Sanatorium keineswegs der, selbst nur ausnahmsweise erscheinenden Aufnahme in einem Krankenhaus gleichgestellt"; vergl. die beiden Entsch. bei Reger Bd. XXII S. 468ff.

[2]) Erk. bayer. V.G.H. vom 20. Oktober 02, Reger Bd. XXII S. 473; Erk. bad. V.G.H. vom 8. Juli 02, Arb.V. 03 S. 731.

logie von § 18, Abs. IV J.V.G. die Hälfte des ortsüblichen Tagelohns an dessen Stelle zu treten haben. Das Pauschquantum beträgt die Hälfte des Krankengeldes, wenn im Auftrage der Versicherungsanstalt nur „die in § 6 Abs. I Ziff. 1 K.V.G. bezeichneten Leistungen gewährt“ wurden, d. h. wenn unter Belassung in der Behausung die Behandlung sich auf Gewährung von ärztlicher Behandlung, Arznei und Heilmittel beschränkte. Mußte dagegen der Versicherte in ein Kranken- oder Rekonvaleszentenhaus untergebracht werden, so ist das ein- und einhalbfache Krankengeld zu ersetzen. Nach der Natur des präsumtiven Pauschquantums bleibt aber der Krankenkasse der Nachweis höherer Aufwendungen vorbehalten.

§ 25.

Regelung von Streitigkeiten zwischen Krankenkasse und Versicherungsanstalt bei Gewährung des Heilverfahrens.

In § 23 J.V.G. sind die Bestimmungen über die bei Gewährung des Heilverfahrens sich ergebenden Streitigkeiten getroffen.

1. Solche zwischen Versicherungsanstalten und Krankenkassen über die Geltendmachung der den ersteren gegen die letzteren eingeräumten Befugnisse werden von der Aufsichtsbehörde der beteiligten Krankenkasse entschieden. Die Entscheidung ist eine endgültige.

2. Streitigkeiten zwischen Versicherungsanstalten und Krankenkassen über Ersatzansprüche[1]) werden grundsätzlich nach näherer Maßgabe der Landesgesetzgebung im Verwaltungsstreitverfahren entschieden. Wo ein Verwaltungsstreitverfahren nicht besteht, erfolgt die Entscheidung durch die

[1]) „welche aus den Bestimmungen in den §§ 18—20, 22“ und zwar „unmittelbar“ entstehen, Erk. preuß. O.V.G. vom 26. Februar 03, Arb.V. 03 S. 418 = Reger Bd. XXIV S. 146.

Aufsichtsbehörde der Krankenkasse, welche innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Rekurses nach Maßgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden kann.[1])

Teil III.

Beziehungen zwischen Unfallversicherung und Invalidenversicherung.

§ 26.

Zusammentreffen einer aus identischer Ursache zu gewährenden Unfall- und einer Invalidenrente.

Während die Grenzbeziehungen zwischen Kranken- und Invalidenversicherung im wesentlichen auf die Materie des Heilverfahrens sich beschränken, findet zwischen Unfall- und Invalidenversicherung, die beide im Gegensatz zur Kranken-

---

[1]) In Bayern findet das Verwaltungsstreitverfahren statt. Durch Gesetz vom 15. Dezember 1899, betreffend die Ausführung des Invalidenversicherungsgesetzes wurden zur endgültigen Entscheidung drei Instanzen bestimmt. In erster Instanz entscheidet die Aufsichtsbehörde der beteiligten Krankenkasse, in zweiter Instanz die Kreisregierung, K. d. J. (diese in erster und zweiter Instanz, wenn sie zugleich Aufsichtsbehörde ist), in dritter Instanz der Verwaltungsgerichtshof. Für die Behandlung der Beschwerden sind die Abs. 2 und 3 des Art. 45 des bayerischen Gesetzes über den Verwaltungsgerichtshof — mit der k. Deklaration vom 15. Juni 1898 über die Wahrung der Beschwerdefrist — maßgebend, welche lauten:

„Abs. 2. Die (nach den genannten Artikeln zulässigen) Beschwerden müssen innerhalb einer unerstrecklichen Frist von 14 Tagen, von Eröffnung der betreffenden Verfügung an gerechnet, bei derjenigen Behörde eingelegt werden, welche den beschwerenden Beschluß erlassen hat.

„Abs. 3. Die Behandlung dieser Beschwerden beim Verwaltungsgerichtshof bemißt sich nach den für das Verfahren des Verwaltungsgerichtshofes in Verwaltungsrechtssachen geltenden Bestimmungen." — Landmann — Rasp — Graßmann, Kom. zum J.V.G. S. 303.

versicherung vom Gesetzgeber als langfristige Rentenversicherungen gedacht sind, eine vielfältige Beeinflussung in denjenigen Punkten statt, wo die Leistungen beider Versicherungszweige zusammenstoßen.

In Betracht kommen zunächst die gesetzlichen Bestimmungen in § 15, Abs. II Satz 2 und § 113 J.V.G., welche eine Doppelentschädigung durch Unfall- und Invalidenrente zu Gunsten der Versicherungsanstalten hintanhalten sollen. Ist eine Person sowohl gegen Unfall als auch gegen Invalidität versichert, so ist das Rechtsverhältnis für den Fall, daß gleichzeitig Ansprüche aus beiden Arten der Versicherung in Frage kommen, in folgender Weise geordnet:

I. Ist die Invalidität im Sinne des J.V.G. durch einen nach Maßgabe der Unfallversicherungsgesetze zu entschädigenden Unfall herbeigeführt, so bestehen die Ansprüche aus der Unfall- und der Invalidenversicherung neben einander, der Anspruch auf Invalidenrente aber nur insoweit, als die zu gewährende Rente die gewährte Unfallrente übersteigt. Die Verpflichtung der Träger der Unfallversicherung ist also die prinzipale, während für die Träger der Invalidenversicherung eine Erleichterung eintritt.

1. Nach § 15 Abs. II Satz 2 mit § 113 Abs. I J.V.G. ist Voraussetzung, daß „Erwerbsunfähigkeit" vorliegt. Die Entscheidung der Frage, in welchem Maße die Erwerbsfähigkeit durch die Unfallfolgen beeinträchtigt ist, steht den Rentenfeststellungsinstanzen der Invalidenversicherung zu, unabhängig von der etwa abweichenden Ansicht der Unfallversicherungsinstanzen [1]). — Unfallrente und Invalidenrente müssen aber nicht bloß in bezug auf Person und Zeitraum, sondern auch in bezug auf den Fürsorgegrund als Ursache zusammenfallen [2]). — Das bedeutet: es muß die tatsächliche

[1]) A. N. 1904 S. 354 (1110) = Reger Bd. XX B. 45.

[2]) Es muß „der Anspruch" des Klägers auf Invalidenrente und

Erwerbsunfähigkeit des Versicherten mindestens im Ausmaß der nach § 15 Abs. I Satz 1 J.V.G. gesetzlichen Invalidität lediglich und ausschließlich[1]) auf einen Betriebsunfall im Sinne der reichsgesetzlichen Unfallversicherung als auf ihre Ursache ausreichend zurückgeführt werden können.

2. Ein an sich begründeter Anspruch des Versicherten auf Invalidenrente darf seitens der Versicherungsanstalt nicht mit dem Hinweis darauf abgelehnt werden, daß die Erwerbsunfähigkeit durch einen nach den Unfallversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall verursacht sei (J.V.G. § 113 Abs. I). Im weiteren kommt es auf das Ergebnis des Verfahrens wegen Feststellung der Unfallrente an. Geht dasselbe negativ aus, indem der Bewilligungsanspuch des Versicherten abgewiesen wird, weil z. B. die Unfallversicherungsinstanzen das Vorliegen eines Betriebsunfalls verneinen, so bleibt die rechtskräftige Bewilligung der Invalidenrente unverändert weiter bestehen. Wird dagegen eine Unfallrente bewilligt, so kommt es wiederum auf den Betrag derselben an. Ist dieser mindestens eben so hoch wie die Invalidenrente, so kann[2]) die Versicherungsanstalt die letztere ganz, im übrigen aber zu demjenigen Teile entziehen, zu welchem sie durch die Unfallrente gedeckt wird.

II. Während nach bewilligter Unfallrente die Versicherungsanstalt sich für die Zukunft durch Entziehung der Invalidenrente, soweit zulässig, entlastet, findet sie für die Vergangenheit ihre Entlastung in der Form eines Rückgriffs

sein Anspruch auf Unfallrente auf einer und derselben Ursache, nämlich dem Betriebsunfall, beruhen. (A. N. 94 S. 35 Nr. 322 letzter Absatz.)

[1]) A. N. 94 S. 176 Nr. 399 und A. N. 95 S. 111 Nr. 415.

[2]) Die Entziehung der Invalidenrente ist nur ein Recht der Versicherungsanstalt, dessen Nichtausübung oder verzögerte Ausübung ihrem Ersatzanspruch nicht präjudizieren kann; vergl. Entsch. württ. L.V.A. vom 24. Mai 1902, Reger Bd. XXIII S. 128.

gegen die Berufsgenossenschaft oder den sonst zur Zahlung der Unfallrente verpflichteten Verband. Dieser Regreß kann ihr aber wiederum nicht unbedingt in der vollen Höhe der gezahlten Invalidenrente, sondern nur insoweit zustehen, als die „Invalidenrente die Unfallrente nicht übersteigt", so daß auch für die Vergangenheit der Überschuß der ersteren über die letztere zu eigenen Lasten der Träger der Invalidenversicherung verbleibt. Damit im Zusammenhange verwendet das Gesetz behufs Durchführung des Regresses die Rechtsform der cessio legis und schreibt vor, daß, soweit auf Grund der erfolgten Bewilligung „die Invalidenrente für einen Zeitraum gezahlt ist, für welchen dem Empfänger ein Anspruch auf Unfallrente zusteht, dieser Anspruch insoweit auf die Versicherungsanstalt übergeht, als die gewährte Invalidenrente die zu gewährende Unfallrente nicht übersteigt." Hiernach geht der Anspruch auf Unfallrente nicht als ganzer, sondern nur in Beschränkung auf diejenigen Zeiträume über, für welche die vorläufige Invalidenrente gezahlt ist; Unfallrentenbeträge, welche auf frühere oder spätere Zeiträume entfallen, können von der Versicherungsanstalt nicht in Anspruch genommen werden[1]).

Entstehen aus Anlaß des Ersatzanspruches Streitigkeiten, indem namentlich der Versicherte oder auch die Berufsgenossenschaft die Rechtsnachfolge der Versicherungsanstalt in die Unfallrente bestreiten, so hat darüber in erster und letzter Instanz das Reichsversicherungsamt (§ 113 Abs. VI J.V.G.) oder, falls Versicherungsanstalt und Berufsgenossenschaft demselben Landesversicherungsamt unterstehen, dieses zu entscheiden. (§ 111 Abs. II J.V.G.)

III. Da nach alledem die Entlastung der Versicherungsanstalt in erster Linie von der Feststellung einer Unfallrente

---

[1]) A. N. 04 Nr. 1141 S. 485 Abs. III und Nr. 1142 S. 487.

für den Versicherten abhängt, so gewährt § 113 Abs. III J.V.G. derselben ausdrücklich das Recht, auch an Stelle des Verletzten die Feststellung der Unfallrente, soweit diese noch nicht erfolgt ist, zu beantragen und das unfallrechtliche Feststellungsverfahren durchzuführen. Der Versicherungsanstalt ist insbesondere auch das Recht eingeräumt, an Stelle des Verletzten Rechtsmittel, namentlich Berufung und Rekurs einzulegen, und zwar ohne Rücksicht auf Fristen, welche ohne ihr Verschulden verstrichen sind. Die Bestimmung bezieht sich nur auf Rechtsmittel, nicht auf Ausschluß- und Verjährungsfristen, setzt also insbesondere diejenigen Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetze nicht außer Kraft, welche den Entschädigungsanspruch mangels Feststellung von Amtswegen von einer Anmeldung binnen zwei Jahren nach dem Unfall abhängig machen [1]). Sobald die Versicherungsanstalt von einer gegen den Versicherten ergangenen Entscheidung Kenntnis erhält, läuft von da an für sie die gewöhnliche Rechtsmittelfrist. Es gilt dies zunächst für den Fall, daß zur Zeit der erlangten Kenntnis die Rechtsmittelfrist des Versicherten selbst bereits verstrichen war [2]); es wird dies aber auch dann gelten, wenn zu jener Zeit die Rechtsmittelfrist noch nicht abgelaufen, die Versicherungsanstalt aber ohne ihr Verschulden nicht in der Lage war, innerhalb derselben das Rechtsmittel von sich aus einzulegen [3]).

§ 27.

Ruhen der Invalidenrente bei Konkurrenz der Unfall- und der Invalidenversicherung.

In gewissem Umfange wird durch die Konkurrenz der Unfall- und der Invalidenversicherung ein „Ruhen" der aus

[1]) A. N. 03 S. 513 Nr. 2016.

[2]) A. N. 01 S. 599 Nr. 1882.

[3]) So H. Rosin, Das Recht der J. und A.V. S. 1094.

der letzteren entspringenden Renten bewirkt, wofür § 48 Abs. I Ziff. 1 mit § 113 Abs. IV J.V.G. maßgebend sind.

Erleidet nämlich eine Person, welche bereits Invaliden- oder Altersrente bezieht, einen nach den Unfallversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall, so ist die Unfallrente festzusetzen und zu zahlen. Jedoch ruht in diesem Falle die Invaliden- oder Altersrente, so lange und soweit beide Renten zusammen den $7^1/_2$fachen Grundbetrag der Invalidenrente übersteigen. Also auch hier trifft die Belastung in erster Linie den Träger der Unfallversicherung, während für den Träger der Invalidenversicherung eine Erleichterung eintritt.

Die gleiche Vorschrift findet Anwendung, wenn der Empfänger einer Unfallrente, welcher nach Maßgabe des Invalidenversicherungsgesetzes versichert ist, nachträglich Invalide wird oder das 70. Lebensjahr vollendet.

Die Bestimmung des § 48 Abs. I Ziff. 1 steht in einem gewissen Zusammenhange mit § 15 Abs. II Satz 2 J.V.G. (s. oben § 26). In ihren Wirkungen ist sie, insofern sie nur das Ruhen der invalidenrechtlichen Renten bei Überschreitung eines gewissen Grenzbetrages vorschreibt, für den Betroffenen günstiger als § 15; in ihren Voraussetzungen aber geht sie weiter als dieser, insofern sie das ganze Gebiet des Zusammentreffens unfallrechtlicher und invalidenrechtlicher Renten bestreicht, soweit nicht ein bestimmter Ausschnitt davon der besonderen Bestimmung des § 15 ausschließlich unterliegt[1]).

Danach findet schon in der Person eines Unfallverletzten der § 15 nur dann Anwendung, wenn der Betriebsunfall für sich allein zugleich die ausreichende Ursache der Invalidität darstellt, während § 48 überall da eintritt, wo

[1]) H. Rosin, Das Recht der J. und A.V., S. 1104.

ohne solche Identität der Fürsorgegründe Unfallrente und Invalidenrente zusammentrifft, sei es, daß die Invalidität gleichzeitig aus dem Betriebsunfall und anderen schon vorhandenen selbständigen Leiden herauswächst[1]), sei es auch, daß einem Unfallrentner ohne weiteren Zusammenhang mit Unfall später Invalidenrente[2]) oder auch einem Invalidenrentner infolge eines späteren Betriebsunfalls für den Rest seiner Erwerbsunfähigkeit Unfallrente gewährt wird[3]).

Aber auch im übrigen hat subjektiv der § 48 ein weiteres Anwendungsgebiet als § 15. So ist unter den „Personen" des § 48 Abs. I Ziff. 1 nicht bloß der Unfallverletzte selbst, sondern auch sein Ehegatte oder Ascendent, welche Hinterbliebenenrente beziehen, mitbegriffen, sobald sie in den Bezug einer invalidenrechtlichen Rente gelangt sind. So ist ferner auch die Konkurrenz einer Altersrente mit einer Unfallrente geeignet, nach § 48 Abs. I Ziff. 1 ein Ruhen der ersteren herbeizuführen.

Das auch hier, wie bei § 15, vorhandene Interesse der Versicherungsanstalten an der Feststellung der Unfallrenten hat dazu geführt, daß sie nach § 113 Abs. IV J.V.G. auch dann als berechtigt erklärt sind „nach Abs. III die Feststellung von Unfallrenten herbeizuführen, wenn als Folge hievon ein völliges oder teilweises Ruhen der Invaliden- oder Altersrente eintreten würde."

§ 28.

Konkurrenz von Unfallversicherung und Invalidenversicherung bei Gewährung des Heilverfahrens durch die letztere.

Im Verhältnis zwischen Unfallversicherung und Invalidenversicherung hat der § 21 des neuen Invalidenversicherungs-

[1]) A. N. 94 S. 147 Nr. 373, 374.

[2]) A. N. 94 S. 145 Nr. 372.

[3]) R. Piloty, Invalidenversicherungsgesetz S. 131.

gesetzes noch eine eigentümliche Bestimmung getroffen, die sich als eine negotiorum gestio besonderer Art charakterisiert[1]). Ist nämlich Krankheit die Folge eines Betriebsunfalls und ordnet die Versicherungsanstalt der Invalidenversicherung ein Heilverfahren (vergl. oben § 24) an, wird ferner durch dieses Heilverfahren und seinen Erfolg der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit so bald verhindert, daß die Unfallversicherung dadurch als entlastet erscheint, mußte also eine Unfallentschädigung aus diesem Grunde entweder gar nicht oder nur zum Teil stattfinden, so hat die Invalidenversicherungsanstalt, welche die Last des Heilverfahrens übernommen hat, Anspruch auf entsprechenden Ersatz gegenüber dem Träger der Unfallversicherung.

I. Nächste Voraussetzung ist also, daß die Krankheit, wegen deren das Heilverfahren seitens der Versicherungsanstalt eingeleitet wurde, „auf einen nach den Reichsgesetzen über Unfallversicherung zu entschädigenden Unfall (Betriebsunfall) zurückzuführen ist." Es verschlägt nichts, wenn auch neben den Unfallfolgen andere, selbst die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Leidenszustände vorhanden waren, sofern dieselben nur nicht Gegenstand des eingeleiteten Heilverfahrens waren; dagegen greifen die Bestimmungen nicht Platz, wenn Unfallfolgen und anderweitige Krankheiten gemeinsam und einheitlich behandelt wurden[2]).

II. Weitere Voraussetzung des Ersatzanspruches der Versicherungsanstalt ist, daß durch das von ihr gewährte Heilverfahren der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes verhindert worden ist. Der Fortbestand einer geringeren Erwerbsbe-

---

[1]) R. Piloty, Einleitung zur Gesamtausgabe der Arbeiterversicherungsgesetze, S. 30.

[2]) H. Rosin, Das Recht der J. und A.V., S. 1106.

schränktheit, welche die Gewährung einer Unfallrente bedingt, schließt den Ersatzanspruch nicht aus.

III. Der Ersatzanspruch der Invalidenversicherungsanstalt nach § 21 Abs. I mit § 113 Abs. V J.V.G. umfaßt sowohl die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Heilmittel, wie auch jene für Verpflegung des Kranken in einer Anstalt. Nur für solche Kosten, welche vor dem Beginne der 14. Woche nach dem Unfall entstanden sind, kann ein Ersatz nicht beansprucht werden. Der Ersatz erfolgt unter Herübernahme von § 19 Satz 3 J.V.G. (vergl. oben § 24 Abs. III) in Gestalt eines präsumtiven Pauschquantums, so daß also höhere Aufwendungen liquidiert werden können. Das Pauschquantum beträgt bei Anstaltsbehandlung das einundeinhalbfache, bei Hausbehandlung die Hälfte des Krankengeldes. Da der Ersatzanspruch nicht auf einem gesetzlichen Übergang des Rechts auf Unfallrente beruht, so können Einwendungen aus der Person des Verletzten der ersatzberechtigten Versicherungsanstalt nicht entgegengesetzt werden[1]).

IV. Streitigkeiten über den Ersatzanspruch werden gemäß § 23 Abs. III, § 113 Abs. VI, § 111 Abs. II J.V.G. durch das Reichs- bezw. Landesversicherungsamt entschieden.

Schluß.

§ 29.

Ausblick auf die fernere Ausgabe der deutschen Sozialgesetzgebung.

Die deutsche Arbeiterversicherungsgesetzgebung hat ihren Abschluß noch nicht gefunden, denn auf sozialem Gebiete gibt es keinen Stillstand. An dem Ausbau und Umbau

[1]) Reger Bd. XXIII S. 16.

wird ständig weiter gearbeitet. Inmitten aller Vorschläge über die Punkte, hinsichtlich deren eine Reform für notwendig erachtet wird, steht noch immer die Verbesserung und Vereinfachung der Organisation im einzelnen, die Lösung der schwierigen Frage nach einer Verschmelzung der drei Zweige der Arbeiterversicherung miteinander.

Daß die Zerlegung der Versicherung in drei verschiedene selbständige Einrichtungen, die zwar im ganzen auf gleicher Grundlage ruhen, unter sich aber nur lose und unvollkommen verbunden sind, an sich etwas unnatürliches ist, dürfte kaum zu bestreiten sein. Zwar ist man bei der Revision der verschiedenen Arbeiterversicherungsgesetze stets darauf bedacht gewesen, das gegenseitige Ineinandergreifen der verschiedenen Versicherungsträger im Interesse des gemeinsamen Endzweckes zu erleichtern und besser zu sichern. Indessen hängt in Ermangelung organischer Verbindungen zwischen den verschiedenen Versicherungsträgern ein gedeihliches Zusammenwirken in der Regel von dem guten Einvernehmen der ausführenden Organe ab, und da begreiflicherweise das eigene Interesse stets im Vordergrunde steht, bedarf es oft vielfacher und weitläufiger Verhandlungen, um ans Ziel zu kommen. Endlich gehören die gegenseitigen Auseinandersetzungen zwischen den verschiedenen Versicherungsträgern, wo ihre finanziellen Interessen miteinander in Widerstreit kommen, nebst den daran anschließenden Beschwerden und Rechtsstreitigkeiten mit zu den zeitraubendsten und undankbarsten Geschäften. Es liegt auf der Hand, daß ein so viele Reibungsstellen bietender Apparat nicht geradezu zur Erleichterung und Beschleunigung des gesamten Geschäftsbetriebes beiträgt, dem hingegen die zunehmende Erweiterung und Vertiefung der Aufgaben der Arbeiterversicherung deren Organe auf ein immer engeres und genaueres Zusammenarbeiten hinweist. Tatsächlich läßt es sich als ein durchgreifendes

oder auch nur allgemeines Prinzip der Organisation auf dem Gebiete der Arbeitersicherung nicht bezeichnen, daß die Verschiedenheit der Tätigkeit eine Sonderung der Organe für dieselbe zur Folge haben müßte.

Die Regierung steht einer organisatorischen Reform unserer Arbeiterversicherung nicht unsympathisch gegenüber, hat bis jetzt aber noch keinen Ausweg gefunden, wie die nicht zu verkennenden Schwierigkeiten hinwegzuräumen seien, welche der Ausführung eines solchen Planes entgegenstehen. Aber daß dieser Plan — und zwar sobald als möglich — durchgeführt werden muß, erfordert die Notwendigkeit. Denn es läßt sich kaum leugnen, daß die Zusammenlegung der verschiedenen Zweige der Arbeiterversicherung in eine einzige umfassende Organisation und die einheitliche Gestaltung der Arbeiterfürsorge zugleich die Vorbedingung für den weiteren Ausbau der sozialen Gesetzgebung und für die Angliederung der schon wiederholt angeregten Witwen- und Waisenversicherung bedeutet.